

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

34

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Décembre 1891, à 1 heure

PAR L.-G.-M. TUVACHE,

Né à Montbizot (Sarthe), le 2 Mai 1866

Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DE LA

NÉPHRITE GRIPPALE

Président : M. DIEULAFOY, Professeur.

*Juges : MM. { TARNIER, Professeur.
 { HANOT et MAYGRIER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1891

54

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Décembre 1891, à 1 heure

PAR L.-G.-M. TUVACHE,

Né à Montbizot (Sarthe), le 2 Mai 1866

Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DE LA

NÉPHRITE GRIPPALE

Président : M. DIEULAFOY, Professeur.

*Juges : MM. } TARNIER, Professeur.
 } HANOT et MAYGRIER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1891

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique médicales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TILLAUX.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SÉE (G.).
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		LE DENTU.
		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (ALBERT)
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Hommages d'amour filial
et de profonde reconnaissance*

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON MAITRE

LE PROFESSEUR DIEULEFOY

Médecin de l'Hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Nous nous proposons, dans ce travail, de faire ressortir un des côtés de la grippe, qui, jusqu'ici, semble avoir peu attiré l'attention des nosographes, et qui pourtant mérite d'être connu. Nous n'avons certes pas la prétention de faire sur ce point un travail complet : nous exposons simplement les données que nous a fournies l'examen des malades, avec les réflexions qu'elles nous ont suggérées.

Au cours du séjour que nous avons fait dans le service de M. le professeur Dieulafoy, plusieurs fois, nous avons pu constater que la grippe laissait après elle des traces de son passage, traces parfois terribles, et qui, lorsqu'elles n'amenaient pas une issue fatale, restaient néanmoins profondément gravées dans l'économie.

Nous voulons parler de la néphrite grippale.

Si on recherche dans les auteurs les complications consécutives à la grippe, nulle part on ne voit la

néphrite; ou, si elle est signalée, ce n'est qu'en passant, presque comme par hasard et sans qu'on s'y arrête. Ce n'est que dans la dernière épidémie, que les complications du côté du rein ont commencé à attirer l'attention. Leyden, à Berlin, l'a constatée : il en est fait mention dans un « rapport sur la marche de l'épidémie de grippe dans la Seine-Inférieure » (Dr Raoul Brunon). On y lit, p. 24, que du côté du rein, on a observé l'albuminurie (10 cas). On tendrait même à admettre une forme rénale de la grippe, caractérisée par des douleurs lombaires excessives, des urines rares et sédimenteuses, des accidents nerveux et du délire peut-être d'origine urémique. — Nous-même, dans le service de notre maître à l'hôpital Necker, nous avons été témoin de ces accidents.

Aujourd'hui que nos études médicales touchent à leur terme, et que nous allons être appelés à soigner les autres et à mettre en pratique les enseignements que nous avons puisés à la Faculté de Paris, un devoir de reconnaissance s'impose à nous.

Nous nous en acquittons avec joie.

Nous prions M. le Dr Desnos, de recevoir ici l'expression de notre gratitude, pour avoir guidé nos premiers pas dans l'art de guérir.

Nous adressons nos remerciements sincères à M. le Dr Dumontpallier, pour ses enseignements en gynécologie et à M. le Dr Polaillon, pour la bienveillance qu'il nous a témoignée en nous initiant à la chirurgie.

Enfin, nous prions M. le professeur Dieulafoy, sous les auspices et avec les conseils duquel nous avons

entrepris ce travail, d'agréer l'hommage de notre reconnaissance profonde, pour ses leçons, la direction qu'il a imprimée à nos études et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Il y a longtemps déjà que les malades et les médecins ont fait connaissance avec la grippe. Cette épidémie a maintes fois parcouru l'Europe, et d'ordinaire on considère qu'elle s'est montrée pour la première fois vers 1580.

Bien que Raige-Delorme (Art. Grippe, *Dict.*, en 30 vol.) soit de cette opinion, qu'il n'y a pas eu de grippe avant la fin du xvi^e siècle, nous pensons que les récits des auteurs ont trait à cette maladie dès le siècle précédent. Les détails, il est vrai, sont insuffisants; toutefois quelques descriptions semblent s'appliquer à la fièvre catarrhale.

Ozanam (*Hist. méd. gén. et particul. des malad. épid.*, 2^{me} édit., 1^{re} partie), nous dit que l'histoire des maladies catarrhales ne commence qu'au xiii^e siècle; mais cet auteur rapporte plusieurs épidémies, dont la mortalité fait éloigner l'hypothèse de grippe; et, en lisant les observations qu'il rapporte, il semble que cette maladie soit apparue pour la première fois en 1404.

Voici d'ailleurs ce que dit Nicolas de Baye, greffier au Parlement de Paris (1400-1417) : « Samedi XXVI^e jour d'avril (1404), cedit jour étaient presque tous, messeigneurs du Parlement, malades de reume ed fièvre tout ensemble, par une pestilence d'air qui a couru et court depuis l'entrée du présent mois, telle que peut on trouver pauvre ni riche, et par espécial à Paris, qui ne se sente de cette maladie, les uns plus, les autres moins ; ed par espécial en la Chambre du Parlement aux jours des plaidoeries, à telle tousserie de tous côtés, qu'à peine le greffier, qui a été surpris de la dite maladie à VIII heures, peut enregistrer au vrai ».

En 1414, apparut une nouvelle épidémie, dont la description, que nous allons rapporter, nous paraît devoir être rapportée à la grippe.

« En février 1414 (Gordon de Genouillac (*Paris à travers les siècles*, t. I, 1879, p. 247), pendant la guerre des Armagnacs et des Bourguignons, il se développa un vent de bise si contagieux, qu'il donna la coqueluche à la généralité des habitants. La toux était tellement universelle, que le Châtelet et le Parlement durent interrompre leurs séances, les présidents et les avocats ne pouvaient plus parler, et les vieilles gens qui étaient atteints de cette terrible coqueluche mouraient presque tous. »

Evidemment, il ne s'agit pas là de la coqueluche telle que nous la comprenons aujourd'hui. D'ailleurs, dit Raige-Delorme, « certains noms populaires adoptés aujourd'hui pour désigner des affections bien déterminées, tels que le mot coqueluche, avaient été

jadis appliqués à des épidémies de nature différente. Par suite de toute cette confusion de mots et de choses, on voit dans quelques auteurs le nom de grippe donné à des épidémies d'angine et même de fièvre typhoïde, comme on a donné le nom de coqueluche à des maladies qui le plus souvent paraissent devoir se rapporter à la grippe ».

La coqueluche, d'ailleurs, n'atteint guère que les enfants, tandis que dans l'épidémie ci-dessus racontée, nous voyons la maladie s'attaquer plutôt aux adultes.

Aussi, toutes ces raisons nous font considérer comme grippe l'épidémie de 1414, qui durait encore au mois de mars, et au sujet de laquelle l'auteur des *Mémoires pour servir à l'Histoire de France et de Bourgogne, sous Charles VI et Charles VII*, écrit : « Si advint, par le plaisir de Dieu, qu'un méchant air corrompu chût sur tout le monde, qui plus de cent mille personnes à Paris mit en tel état qu'ils perdirent le boire et le manger et le reposer, et avoyent très forte fiebvre, deux ou trois fois le jour, et spécialement qu'ils mangeoyent et leur sembloient toutes choses quelconques très mauvaises et puantes, et toujours trembloient où qu'ils fussent et avec, et qui pis estoyoit on perdoit tout le pouvoir de son corps, qu'on n'osoit toucher à soy de nulle part que ce fut, tant estoyent gravés ceux qui de ce mal estoyent atteints et duroit bien sans cesser trois semaines ou plus, et commença à bon escient l'entrée du mois de mars, et le nommoit ou le Tac ou le Horion... car, avec tout le mal devant,

on avoyoit la toux si fort, et le rheume et l'enrouëure, on ne chantoyoit que rien ne fut de haultes messes à Paris. Mais sur tous les maux, la toux estoit cruelle à tous, jours et nuits, qu'aucuns hommes par force de toussir estoyent rompus toute leur vie par les génitoires, et aucunes femmes qui estoyent grosses, qui n'estoyent pas à terme, orent leurs enfants sans compagnie de personne, par force de toussir, qu'il convenoit mourir à grand martyre, mère et enfant; et quand ce venoyoit la guérison, ils jettoient grand foyson de sang et par le nez et par la bouche et par dessous, qui moult les ébahissoit, et néanmoins *personne ne mourust*. Mais à peine on en pouvoyoit personne estre guéry; car, depuis que l'appétit de manger fust aux personnes revenu, *si fust-il plus de six semaines après, qu'on fut nettement guéry*. Ne physicien, ne nul savoyoit dire quel mal estoyoit ».

Cette description nous paraît se rapporter à la grippe : nous y trouvons, en effet, une gravité plus apparente que réelle, puisque « personne ne mourust » ; nous y voyons également l'inappétence, l'abattement considérable et la convalescence si longue qu'on a remarqués dans la dernière épidémie.

Est. Paspuier, dans ses *Recherches sur la France*, rapporte une épidémie analogue, en 1427 : « Et, n'estoit nul ne nulle, dit-il, qui aucunement s'en ressentit... et n'estoit nul quand elle prenoist qui ne cuidât avoir la gravelle, tant elle faisoit cruelle douleur. Et après ce venoient les assées (accès) ou fortes frissons, et estoient ou bien 8 ou 10 ou 15 jours, qu'on ne poyoit

ne boire, ne manger, ne dormir, les ungs plus, les autres moins. Après ce venoit une toux très mauvaise à chacun, qui quand on estoit au sermon, on ne pouoit entendre ce que le sermoneur disoit, par le grant noise des tousseurs. »

Ces citations nous paraissent montrer que la grippe est plus ancienne qu'on ne le croit communément : c'est à ce seul titre que nous les avons rapportées.

En 1510, nouvelle épidémie, que Raige-Delorme considérerait volontiers comme ayant été la grippe. Cette maladie se montra de nouveau en 1580, 1658, 1675, 1709, 1712. Dans toutes ces épidémies, la néphrite n'est pas signalée, tous les auteurs anciens notent le début brusque, l'affaiblissement considérable, les complications pulmonaires, la gravité chez les vieillards et chez les personnes déjà malades, les avortements fréquents, les otites. Aucun ne parle de néphrite. Peut-être pourrait-on croire que Lœw en a eu des exemples sous les yeux. En 1729, Lœw (*Ephém. nat. cur.*), rapporte qu'on remarqua « des malades qui avaient le visage bouffi et les yeux ternes. Les femmes enceintes avaient en outre des douleurs à la région lombaire, aux reins, au ventre. » Parlant du traitement, il dit : « On parvenait à porter à la peau la matière morbifique, au moyen des diaphorétiques tempérés et des absorbants, et l'on provoquait en même temps des urines par les diurétiques. »

Dans l'épidémie qui sévit en Europe, en 1730, on ne voit pas signalées les néphrites ; si l'on en croit la bulle du pape Benoît XIV, datée du 10 juin 1745, les complications étaient thoraciques.

On lit dans *Médical. essays of. Edimb.*, au sujet de l'épidémie de 1732 (Ozanam, t. I, p. 136) : « Il y avait des malades dont les urines étaient peu abondantes, fortement colorées et sans sédiments, et elles continuaient dans cet état, quelque temps même après que la fièvre était terminée. » Et en 1733, Huxham (*Obs. de aer. et morb. epid.*), cité par Ozanam (p. 143), écrit : « Chez quelques malades, les urines étaient rares et difficiles, soit par rapport aux douleurs vagues, soit par l'effet des épispastiques que l'on employait. »

« Les actes de l'Académie de Stocklomb (Ozanam; p. 164) font mention de l'observation suivante de M. J. Odelius : L'armée suédoise, ayant pris ses quartiers d'hiver en 1759, fut attaquée d'une fièvre catarrhale épidémique, qui se terminait ordinairement par une crise imparfaite. Les pieds, les jambes et les cuisses se tuméfiaient, et souvent il se déclarait une hydropisie. On essaya de combattre cette métastase de la matière morbide par l'usage des purgatifs, qui causaient une diarrhée aqueuse, sans soulager les malades. Les diurétiques obtinrent plus de succès, et surtout la lessive des cendres de genévrier ou de genêt. Les malades en buvaient par jour depuis une chopine jusqu'à une pinte et davantage. Dès lors, les urines étaient abondantes et l'enflure se dissipait. »

Nous croyons qu'on peut voir surtout dans ce dernier fait, l'existence de néphrites concomittantes, sinon consécutives à la grippe.

En 1812, nouvelle épidémie, sans rien de spécial; de même en 1830 et 1831, les épidémies ne présentèrent aucun danger (*Gaz. méd.*, Paris 1833).

Mais arrive, en 1837, une épidémie, terrible celle-là : l'Académie ayant reçu les rapports des médecins de province, émet la conclusion que « les formes ophthalmiques, néphritiques, rhumatismales, hémorrhagiques, typhoïdes, ont été assez fréquentes dans la grippe des départements. » (*Gaz. méd.*, Paris 1837, p. 195.)

En 1847, 1860, 1870, rien de spécial. Mais en 1886, on trouve des exemples de néphrites dans la thèse de Ménétrier.

Enfin, c'est dans la dernière apparition de la grippe, en 1889-90, que la localisation rénale, semble avoir été ou plus fréquente ou mieux observée.

Cette localisation n'a, d'ailleurs, rien qui doive étonner. Si elle n'a pas été décrite, elle a au moins été prédite, au moins par analogie avec les localisations semblables au cours des maladies infectieuses. Rayer (*Traité des maladies des reins*) considère les rapports de la néphrite avec les autres maladies : il fait ensuite la division « des néphrites par poisons morbides ». Il avait remarqué leur fréquence au cours des maladies qu'il appelle « par poisons morbides » et que nous appelons infectieuses. « Je vais m'occuper, dit-il, des néphrites différentes, qui se développent sous l'influence de certains poisons morbides, ou dans le cours des maladies générales... Élément de complication ultime, elles sont presque toujours des plus graves... J'appelle l'attention des pathologistes sur l'invasion insidieuse de ces néphrites, sur leur gravité, et sur l'analogie qu'ont les lésions rénales, avec celles que les autres organes présentent presque toujours dans ces maladies générales. »

Il passe en revue toutes les néphrites consécutives à goutte, rhumatisme, scarlatine, fièvre intermittente, tuberculose : il cite une observation de néphrite albumineuse chez une femme grosse de 5 mois : érysipèle, avortement, mort ; reins pâles et jaunâtres, marbrés de rouge sur quelques points.

On a pu voir, en lisant ce qui précède, que ce sujet n'est pas absolument neuf. « Tout est dit, et l'on vient trop tard, depuis plus de sept mille ans qu'il y a des hommes et qui pensent », disait déjà un penseur français, à la fin du xv^e siècle ; tant il est vrai qu'on n'invente rien ici-bas, et que rien n'est nouveau.

Quel que soit le sujet dont on s'occupe, on trouve toujours que ceux qui vous ont précédé ont, sinon traité, du moins entrevu ce que vous voulez montrer, et souvent ils ont laissé des écrits, jalons placés là pour servir de guide à travers les dédales de la science. Nous n'avions certes pas la prétention d'avoir trouvé du nouveau ; nous ne faisons que mettre en lumière un point jusqu'ici resté dans l'ombre. Nous plantons aussi notre jalon ; puisse-t-il guider ceux qui viendront plus tard : ce sera tout à l'honneur du maître qui nous a montré la voie à suivre dans l'art de guérir et qui doit recevoir ici l'hommage de notre vive reconnaissance.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

La grippe ne paraît pas avoir porté son action sur le rein, toujours dans les mêmes conditions. Aussi, pour la commodité de la description, aussi bien que pour la clarté du sujet, nous subdiviserons ce chapitre en plusieurs titres, répondant au mode que la grippe semble avoir suivi pour provoquer la complication qui nous occupe.

Nous indiquerons, tout d'abord, que le caractère infectieux de la grippe suffit à expliquer la néphrite consécutive; nous montrerons, en second lieu, que cette maladie achève parfois une lésion commencée par d'autres maladies infectieuses ayant évolué antérieurement, ou qu'elle réveille et aggrave une vieille affaire. Enfin, la grippe peut ne toucher le rein que légèrement; mais celui-ci reste taré, et sous l'influence du froid, d'une nouvelle infection, d'un écart de régime, etc..., le mal de Bright s'installe.

I

**Le caractère infectieux de la grippe suffit, à lui seul,
à expliquer la néphrite consécutive.**

Voyons d'abord ce premier point.

Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour considérer la grippe comme une maladie infectieuse. Les recherches microbiologiques, entreprises de tous côtés pour découvrir son microbe, n'ont pas encore, il est vrai, donné de résultat satisfaisant. Mais, si ce microbe, à l'heure actuelle, n'est pas encore connu, il ne saurait tarder à l'être.

Quoi, qu'il en soit, à défaut de microbe, la manière dont la maladie s'est comportée, suffit à prouver son caractère infectieux : frissons, haute température, abattement extrême, phénomènes nerveux, invasion brusque, etc... Non seulement elle se complique souvent de retentissement sur les bronches ou sur le cœur, mais, comme nombre de maladies notoirement infectieuses, telles que la scarlatine, la typhoïde, elle détermine des localisations éloignées, tardives, qui sont là pour témoigner d'une infection générale de l'économie. « Pas un organe, pas un système, ne semble lui avoir échappé, lit-on dans le *Lyon médical*

(1890, p. 172). On a noté des inflammations de la cavité buccale et du pharynx, des laryngites, des hémorrhagies de toute nature, épistaxis, crachats sanguinolents, hémorrhagies intestinales, métrorrhagies, hématuries, des exanthèmes, etc... »

Dans la dernière épidémie, nombreuses ont été les otites, les néphrites ; très souvent des névralgies intenses, après la grippe, ont torturé les malades. Vraisemblablement, ces névralgies sont des névrites, ce qui contribue encore à faire considérer la grippe comme une infection.

Du côté des articulations, la grippe a également fait sentir son action : on a aussi constaté des cas de phlébite, « comme il arrive si souvent, dit M. Ferrand (*Soc. méd. hôpît.*, 1890), dans les états graves de l'économie, infectieux ou autres ». M. Huchard (*ibid.*), cite le pseudo-rhumatisme infectieux de la grippe : il constate l'aggravation des maladies chroniques.

Cà et là, on trouve des observations, constatant le retentissement de l'influenza sur le système nerveux ; elle provoque l'hystérie, la névralgie scapulo-humérale avec atrophie consécutive.

Signalons encore le cas cité par le Dr Loyson (*Lyon médic.*, 1890, p. 385), d'une amputation de jambe, faite chez un convalescent d'influenza, pour oblitération des vaisseaux fémoraux, probablement par infection du système circulatoire.

Enfin, la prostration intense dans laquelle étaient plongés les malades, démontre bien la nature infectieuse de la maladie.

Abritions-nous, en dernier lieu, derrière l'opinion de Nothnagel (*Wien. méd. Blatt.*, 1890, n° 2), qui considère l'influenza comme une maladie infectieuse, quoiqu'il n'y ait pas de preuves manifestes : l'aspect clinique le prouve, et cet auteur pense que la maladie est due à la toxine de la bactériémie.

Leyden, de son côté, fait suivre l'observation que nous rapportons (Obs. III), des réflexions suivantes : « Des preuves sont venues à l'appui de cette opinion que l'influenza, même exempte de complications, doit être classée parmi les maladies infectieuses. On observe des complications à la suite de l'influenza, comme on les observe dans différentes maladies infectieuses. J'ai ainsi rencontré des troubles cardiaques (irrégularité des battements, faiblesse avec dyspnée, étourdissements et syncopes) ; des cas de collapsus subit ont été observés pendant la convalescence et même des paralysies et des atrophies musculaires. »

Toutes ces observations démontrent que nous avons eu affaire à une maladie infectieuse, même en l'absence de complications particulières. Cette manière de voir est généralement acceptée, tandis que la façon d'envisager l'influenza comme une maladie infectieuse, diffère. Je veux dire par là que les opinions des médecins ne s'accordent nullement sur le point de savoir si nous devons regarder l'influenza comme maladie infectieuse d'origine miasmatique, ou comme maladie contagieuse, ou si, (nous exprimant suivant les notions bactériologiques acquises aujourd'hui) nous devons présumer que l'influenza dépend d'un organisme spé-

cifique et pathogène, ou si elle est due à une matière miasmatique et chimique (ptomaines), puisée dans l'atmosphère, et provoquant la maladie comme une intoxication ».

« Je crois que la question ne pourra être tranchée d'un coup ; je ne puis nier que j'incline du côté d'une infection miasmatique. Pourtant, je n'ai nullement l'intention de vouloir anticiper sur les résultats des recherches. Dans tous les cas, l'intérêt de la question devait faire naître des expériences bactériologiques. »

Dans ces conditions, pourquoi la grippe ferait-elle exception à la loi générale ? Le fait, qu'elle détermine une localisation sur le rein, n'a en lui rien qui doive nous surprendre. Ce n'est pas d'aujourd'hui que nous voyons les maladies microbiennes retentir sur le rein. La néphrite est pour ainsi dire de règle après la scarlatine ; la typhoïde, l'érysipèle, la diphthérie, provoquent parfois la néphrite ; l'infection purulente, type d'infection, est suivie du même accident, témoin l'observation rapportée par M. Nicaise (*Rev. Méd.*, 1878, p. 36). M. J.-E. Atkinson (*Ann. Journ. of. méd. sciences*, juill. 1884 ; *Rev. Méd.* 1885, p. 618) cite un cas de néphrite consécutive au paludisme. On a des exemples de néphrites syphilitiques, améliorées et guéries par le traitement spécifique.

Il est dès lors rationnel d'admettre que la grippe, étant donné son caractère infectieux, microbien, se comporte comme les autres maladies de même catégorie.

Il suffit, pour s'en rendre compte, de jeter un regard

sur la littérature médicale. Dans toutes les épidémies précédentes, nous voyons signalées comme très fréquentes et particulièrement graves, les complications broncho-pulmonaires; dans l'épidémie de 89-90, les complications auriculaires ont forcément attiré l'attention, vu leur fréquence et leur pronostic sévère; le coryza grippal, les suppurations de la peau, se trouvent notés en maints endroits. A la *Soc. méd. des hôpît.* (n° 2, p. 44, 1890), M. Duponchel rappelle un cas de grippe infectieuse, cité par M. Laveran, avec autopsie. Le malade offrait l'aspect des pyohémiques: reins pâles; leur surface mamelonnée indique la néphrite interstitielle. Dans l'*Union médicale* (30 janv. 1890), M. Barth nous dit que la grippe est d'abord bénigne: « mais bientôt, le virus se fortifie, et des formes plus sérieuses apparaissent: hyperthermie, phénomènes cérébraux, tuméfaction de la rate, albuminurie, épuisement nerveux, qui ouvre la porte aux complications....; il cite l'angine pultacée ou herpétique, le coryza, la pharyngite, l'otite, les complications thoraciques...., parfois la pneumonie est suivie d'empyème, d'abcès du poumon, de phlébite ou d'arthrite infectieuse. »

Toutes ces complications n'indiquent-elles pas les caractères infectieux de la maladie première? Ne sont-elles pas autant de preuves de l'infection de l'organisme tout entier? Or, le rein, ce lieu de passage, d'élimination des microbes et de leurs produits toxiques, ne pouvait guère rester indemne, en présence d'une maladie qui gravait aussi profondément sa signature sur les divers organes de l'économie.

• Un caractère commun des maladies infectieuses, dit le professeur Bouchard (*Rev. méd.*, 1881, p. 671), c'est la formation des foyers secondaires..., tous les organes, tous les tissus ne sont pas indifféremment les lieux où s'arrêtent chacune des espèces de microbes pathogènes, et où se produisent des lésions deutéropathiques.

• Il est des foyers secondaires qui sont interstitiels; ils se développent dans les ganglions, la rate, etc..., d'autres s'établissent sur les surfaces, les séreuses, les muqueuses, la peau et les reins. De la formation de ces derniers foyers secondaires résultent les néphrites infectieuses. De même qu'il n'y a guère de rhumatisme polyarticulaire aigu, sans détermination morbide de l'endocarde, il semble qu'il n'y ait guère de maladies infectieuses sans détermination sur le rein. Aussi, mon collègue et ami, Landouzy, a-t-il pu justement dire que les complications rénales sont aux maladies infectieuses ce que l'endocardite est au rhumatisme.

Voici d'ailleurs une observation qui nous est personnelle et qui montre qu'une grippe, même très légère, peut occasionner une néphrite qui se termine par la mort.

OBSERVATION I (*personnelle.*)

Néphrite aiguë.

L..., Frédéric, 71 ans, journalier, entre le 29 janvier 1890, salle Vernois, à Necker, service de M. le professeur Dieulafoy, lit 16.

Ce vieillard déclare entrer à l'hôpital pour son oppression qui existerait depuis Noël environ, c'est-à-dire à peu près depuis cinq semaines. Elle aurait débuté assez brusquement, en pleine épidémie de grippe, alors que cet homme en était atteint, ainsi que tous ceux qui vivaient avec lui.

Il raconte qu'il était, ces temps derniers encore, employé dans un collège, à cirer les chaussures, et comme tel forcé de monter plusieurs fois dans la journée de nombreux escaliers. Il n'était, malgré son âge, nullement fatigué de ce travail et il montait ses escaliers sans s'arrêter. Depuis son influenza, au contraire, il est essoufflé, et souvent il doit s'arrêter pour reprendre haleine.

Quelques jours après les débuts de cette oppression, le malade remarqua que ses urines étaient notablement moins abondantes. A la même époque, il y avait œdème de la face et des membres thoraciques, œdème des malléoles, quand le malade restait quelque temps debout, puis bientôt œdème étendu à la totalité des membres inférieurs et au scrotum.

Antécédents. — Nuls.

Evolution de la maladie. — Les choses persistèrent ainsi jusqu'à l'arrivée du malade à l'hôpital.

L'oppression est continue, sans exacerbations, et ne force pas le malade à garder la position assise.

La toux date du même moment que l'oppression et s'accompagne d'une expectoration muco-purulente non striée de sang.

A l'auscultation, rendue difficile par l'anhélation du malade, on entend, surtout à droite, des râles sonores et sibilants ; aux bases, un peu de congestion.

Cœur indemne.

Céphalée continue ; pas de troubles de la vue, ni de douleurs de reins ; pas de pollakiurie ni de doigt mort. Miction non pénible.

Le malade est mis au régime lacté absolu et boit tous les jours un litre de tisane contenant 25 grammes de lactose.

L'état resta d'abord stationnaire, puis l'oppression s'accrut au point que le 8 février on fit une saignée de 200 grammes au bras droit. L'oppression fut diminuée, le malade s'endormit aussitôt, mais le lendemain la respiration était presque aussi pénible que la veille. Régime lacté.

Le 11 février. — Quatre lavements à 15 grammes de lactose chaque : il en garde trois ; râles sous-crépitaux aux deux bases ; un peu de souffle à gauche ; on craint une pneumonie ; 250 grammes d'urines.

Le 12. — Toujours très oppressé ; oxygène ; deux lavements qu'il garde ; 250 grammes d'urines.

Le 13. — Il garde trois lavements. Vers midi, le malade fut oppressé d'une façon inquiétante : les inhalations d'oxygène le soulagent. Dans la journée, l'oppression diminua, mais reprit le soir ; 250 grammes d'urines.

Le 14. — 600 grammes d'urines.

Le 15. — 1,050 grammes. On fait appliquer trois ventouses de chaque côté sur la région des reins, les douleurs y étant continues et assez vives. Les accès d'oppression ont diminué d'intensité à partir de ce jour. Lavements de lactose.

L'albumine ayant été dosée, on trouve 3 gr. 60. Ce chiffre ne subit que des variations insignifiantes, malgré le traitement qui, en plus des lavements, comportait chaque jour une dose de 50 grammes de lactose dans de la tisane. Pas de cylindres.

L'œdème généralisé, et toujours très accentué, ne diminue pas. Les jambes, très œdématiées, ne présentaient plus aucune forme anotomique : elles étaient absolument cylindriques.

Le malade meurt le 17 mai.

Examen anatomique. — Poumon gauche : quelques adhérences légères en arrière.

Poumon droit : plèvre costale, absolument adhérente, se détache cependant ; poumon refoulé contre la paroi.

Bronchite et emphysème des deux côtés : dilatation bronchique.

Périssplénite avec épaissement de la capsule, par places ; pas de périhépatite ; pas de calculs.

Cœur : hypertrophie concentrique du ventricule gauche, sans dilatation ; plaques laiteuses ; pas d'insuffisance ; pas d'athérome de l'aorte, consistance normale ; plaques d'athérome au niveau des nodules d'Arentius ; plaques opalescentes, mais peu épaisses à la mitrale : dilatation des coronaires. A la tricuspide, opalescence sans épaissement.

Reins granuleux ; décortication assez facile : capsule un peu adhérente.

Rein gauche : 150 grammes.

Rein droit : 125 grammes ; crie sous le couteau ; pyramides totalement détruites ; substance corticale diminuée.

E. Mansel Sympson (*Lancet*, 10 mai 1890) a également rapporté un cas de néphrite aiguë suite d'influenza. Voici l'observation :

OBSERVATION II

Néphrite aiguë consécutive à l'influenza.

(*Lancet*, 10 mai 1890. — E. Mansel Simpson.)

« Si j'en juge par le silence des auteurs, la néphrite suite d'influenza est très rare. En voici un cas que j'ai rencontré dernièrement, et qui peut présenter quelque intérêt :

A. B..., écolier de 41 ans, a été atteint d'influenza au commencement de mars de cette année. Quelques-uns de ses voisins, et des membres de sa famille, souffraient de cette maladie en même temps. Il se plaignait de grandes douleurs de tête (principalement derrière les yeux), de malaise et de vomissements. Au moment où il fut atteint, il n'avait pas de coryza depuis plusieurs jours, mais il paraît en avoir pris un, sous l'influence d'un refroidissement violent. Les symptômes s'amendèrent, et, durant une quinzaine il resta affaibli.

Le 16 mars, il fut pris de vomissements, de douleurs lombaires intenses, avec fièvre et céphalée. En un ou deux jours les cous-de-pied furent enflés, le soir ce furent ses jambes et ses cuisses et même la paroi abdominale.

Il urinait peu. Le 23 mars, quand je le vis pour la première fois, il était dans l'état suivant : face bouffie autour des yeux et très pâle ; langue large et flasque ; pouls plutôt faible, 80 ; température, 100°2 (Fahrenheit) ; cous-de-pied œdémateux et douloureux à la pression. La peau était sèche et dure.

Aucune quantité d'urines ne put être obtenue ce jour-là. Le malade était très altéré et très affaibli : pas de selles depuis trois ou quatre jours.

Le 4 mars. — Il était plutôt mieux : peau moite, transpirations ;

dans les vingt-quatre heures, il a émis facilement une pinte d'une urine acide, de densité 1,015, avec 1/8 d'albumine. Au microscope, quelques cylindres hyalins et quelques globules rouges.

Le 26 mars. — Il dort beaucoup mieux, plus de céphalée, ni de douleurs de reins : il n'a pas eu d'autres accidents depuis le 24. Selles faciles. Dans les dernières vingt-quatre heures, il a uriné deux pintes d'une urine acide, de densité 1,015, ne contenant que 1/60 d'albumine. Pas de cylindres. Les pieds et les cous-de-pied ne sont plus enflés depuis le 24. Sa température est normale et le pouls est tombé à 68. La figure n'est plus bouffie, et le malade a repris des couleurs.

Le 29. — Pouls : 54, lent et régulier ; 2 pintes 1/2 d'une urine claire, acide, de densité 1,020, avec traces d'albumine.

Le 1^{er} avril. — Etat satisfaisant ; plus de 3 pintes d'urine par jour ; les résultats des analyses sont semblables aux précédents ; il y a seulement une très légère trace d'albumine.

Depuis lors, le malade a toujours été d'un état satisfaisant. Un point curieux de ce cas, est l'histoire de sa famille. Sa grand'mère maternelle souffre depuis des années d'un calcul du rein ; sa mère a eu une gravelle passagère, de même que sa sœur, qui, elle, a souffert pendant longtemps.

Cela peut servir à expliquer en partie cette attaque de néphrite après l'influenza : faiblesse ou prédisposition héréditaire. »

Leyden a aussi été témoin de ces faits, et rapporte le fait suivant :

OBSERVATION III

(*Leyden, Zur pathologie der infl., Berlin, klein Woch, 1890, n° 10.*)

« Je présente des coupes d'un rein, provenant d'une malade, ayant succombé à une néphrite aiguë, suite d'influenza.

La malade, âgée de 25 ans, couturière, très bien portante jusque-là, fut atteinte d'influenza au commencement de décembre. Elle avait de violents maux de tête, une légère surdité et ne s'est jamais complètement rétablie. Faiblesse, inappétence, puis vomissements violents, pendant huit jours. La malade remarqua à ce moment que ses urines étaient peu abondantes et troubles ; il se montra des œdèmes, et c'est dans cette situation qu'elle se présenta à la clinique médicale.

Elle mourut le 8 février sans avoir présenté de symptômes locaux importants : l'otite était légère, la surdité peu accusée ; pas de fièvre. Le symptôme dominant était une anurie très prononcée ou plutôt une diminution de la quantité d'urines. Nous avons mesuré exactement la quantité d'urines émises chaque jour, il n'y avait que 200 centimètres cubes, et cette urine était hémorrhagique, très riche en albumine, comme dans les cas de néphrite aiguë d'origine infectieuse.

Vers la fin de janvier, une amélioration se montra, la sécrétion urinaire augmenta, mais les forces de la malade étaient tellement épuisées, qu'elle succomba néanmoins.

A l'autopsie, on trouva les reins gros, teintés de rose et arrivés à la première période du mal de Bright. Au microscope, ils présentent la forme que nous pouvons considérer comme la plus typique de la néphrite d'origine infectieuse, dont le type est la néphrite scarlatineuse. C'est la forme que nous désignons sous le

nom de glomérulo ou de capsulo-néphrite, depuis les recherches de Klebs.... On voit les capsules de Bowman, dilatées, agrandies, remplies de nombreux éléments cellulaires qui se sont introduits entre la capsule et le glomérulo, et compriment ce dernier plus ou moins fortement. La diminution de la sécrétion urinaire, l'anurie s'expliquent par là.

Je n'ai pas besoin d'insister sur les autres modifications du rein : il s'agit pour moi de démontrer qu'il s'agit ici de la forme typique de la capsulo-néphrite, telle que nous la voyons après les maladies infectieuses aiguës. Je ne me souviens pas d'avoir lu la description d'une telle néphrite à la suite d'influenza. »

L'auteur ajoute que, pendant l'épidémie, il a vu trois cas de néphrite dont deux avec pneumonie se terminèrent par la mort. Il n'a pu pratiquer l'autopsie. « Le cas, précédemment rapporté, se distingue en cela qu'il n'y avait pas de pneumonie à l'autopsie, on ne trouvait pas non plus d'infection locale : la néphrite s'unissait directement à l'influenza exempte de toute autre complication. »

Voilà donc la grippe s'attaquant à un individu jusque-là bien portant et amenant rapidement la mort, non pas par elle-même, mais par ses complications.

En dernière analyse, nous pouvons dire que la grippe est une maladie infectieuse. Ce caractère est prouvé par ses localisations. *A priori*, il était permis de penser que, comme dans les autres maladies infectieuses, le rein serait touché : des faits l'ont prouvé.

Quant au microorganisme de la grippe, il est inconnu. M. le Dr Tueffert, de Montbéliard (*Gaz. des hôp.*, 1890, LXIII, 119) a entrepris des recherches microbiologiques, qui lui ont permis de reconnaître un certain

nombre de microbes, non pas dans la grippe, mais dans les affections secondaires qui constituent l'appareil symptomatique de la grippe... Entre autres, le staphylococcus pyogenes qui, injecté dans le tissu cellulaire de l'oreille, produit un érysipèle manifeste avec suppuration. Ce fait, dit l'auteur, qui rapproche l'érysipèle des complications de la grippe, nous fait souvenir de la coïncidence fréquente des épidémies de grippe et d'érysipèle. Il nous permet de supposer que le même organisme peut produire soit la grippe, soit l'érysipèle.

Du moment que l'érysipèle et les infections produites par le streptocoque et le staphylocoque, amènent de la néphrite, la grippe peut agir de même.

Dans les recherches qu'ont faites certains auteurs pour découvrir le microbe de la grippe, ils ont constamment trouvé le streptocoque. Rien ne les autorise, disent-ils, à affirmer que c'est le microbe de la grippe. Mais en admettant, que ce streptocoque ne soit pas le microbe en question, rien ne nous empêche de penser que la néphrite est une infection secondaire, produite par un autre microorganisme que celui de la grippe. Mais ce dernier, par sa présence, a préparé le terrain : il a mis l'organisme en état de réceptivité et le rein en état de moindre résistance.

II

La grippe reprend pour son compte et achève, la lésion commencée par une ou plusieurs autres infections ayant évolué avant elle, ou, elle réveille et aggrave une vieille affaire.

Si la grippe peut d'emblée transformer un rein normal en un rein malade, à plus forte raison quand elle se trouve en présence d'un rein déjà altéré, doit-elle produire des effets désastreux.

Nous supposons un malade, qui, bien qu'ayant eu des maladies infectieuses, ou même une seule maladie infectieuse antérieurement, a bien guéri en apparence, sans qu'aucun organe, et en particulier les reins, ait continué à souffrir.

Il n'est pas exceptionnel de voir évoluer une maladie microbienne, sans albuminurie; mais, il est peut-être plus fréquent de voir apparaître ce symptôme. L'urine ne contient qu'un nuage presque imperceptible d'albumine : c'est à peine si on y prête attention. La veille, on n'avait rien noté d'anormal et, le lendemain, on voit avec étonnement, un écoulement purulent de l'oreille, un petit abcès cutané, ou une élévation thermique, faisant prévoir quelque accident de ce genre, venant attester l'infection générale de l'organisme. En quel-

ques jours, les complications rétrogradent, et le malade guérit peu à peu.

Peut-être dira-t-on que la légère albuminurie constatée, est d'origine fébrile; qu'elle n'a duré que quelques jours et que jamais une néphrite n'évolue aussi rapidement. Mais, cette hypothèse nous paraît difficile à soutenir, en présence des petits accidents signalés plus haut. Pourquoi l'infection ne porterait-elle pas son action sur le rein, aussi bien que sur l'oreille ou sur le tégument cutané? Bien au contraire, le rein étant le lieu de passage de tous les détritrus, déchets, produits microbiens, et participant à l'état maladif de l'économie tout entière, nous paraît plus apte que tout autre point à se laisser toucher. Nous pensons donc que le rein a été touché, très peu si on veut, mais cependant un peu.

Quand l'albuminurie existe, non plus comme tout à l'heure avec d'autres accidents infectieux, mais seule; on pourrait douter de l'altération du rein. Nous pensons, toutefois, que même isolée, cette albuminurie veut dire néphrite: si d'autres accidents ne se sont pas produits, il n'en ressort nullement que l'infection n'a pas été généralisée, et pour citer un exemple, nous prendrons la diphthérie, qui, quoiqu'infection générale et non locale, peut évoluer et évolue souvent sans néphrite. Elle donne lieu parfois à de l'albuminurie, et cette albuminurie diphthérique est d'ordre toxique, et dépend de la présence du bacille de Löffler; elle ne se transforme que rarement en mal de Bright, mais elle peut s'y transformer.

Survienne alors une maladie infectieuse quelconque,

la grippe par exemple, le rein n'ayant plus sa résistance normale, puisque déjà il a été malade, pourra se laisser envahir par la néphrite. La grippe trouvant là une lésion commencée par d'autres infections, reprendra leur œuvre à peine ébauchée. Elle donnera un coup de fouet à cette lésion qui n'était rien.

C'est ainsi que Leyden (*Wien. med. Blatter*, 16 janv.) dit que la grippe survenant chez un convalescent de scarlatine, a déterminé des hématuries : il cite un cas, où la grippe a déterminé la mort d'un individu atteint de néphrite, de même que son influence était fâcheuse sur toute autre maladie, phthisie, paraplégie, etc...

Voici rapportée par Hœhling, l'observation d'un individu qui contracte la grippe pendant une chaude-pisse, et à la suite prend une néphrite que cet auteur attribue à l'extension de la gonorrhée, de par la grippe.

Mais il n'est guère de règle sans exception, et il ne faudrait pas croire que tout néphritique qui prend l'influenza, doit voir sa néphrite fatalement aggravée. Budd (V) (*Ugesk for Læger*, 1890, 4 R. XXI) rapporte en effet une observation qui montre qu'un rein déjà malade depuis longtemps, résista victorieusement à l'épidémie.

L'auteur, après avoir cité les observations de Leyden, constate qu'on a dit que si l'influenza ne donne pas lieu à l'albuminurie ou à une maladie sérieuse des reins, elle exerce au moins une influence fâcheuse sur les lésions rénales déjà existantes.

Puis il rapporte une observation qui va contre cette opinion : il pense, dit-il, qu'elle offrira un certain inté-

rêt; elle montre en tout cas que la grippe n'a pas influencé d'une manière notable une néphrite parenchymateuse chronique.

Voici l'observation en question :

« K. . H..., femme mariée, 41 ans, sans antécédents héréditaires.

« Réglée à 13 ans.

« A 15 ans, scarlatine assez grave compliquée de diphthérie, qui la força à garder le lit 7 semaines.

« La malade a eu, dans les premiers temps qui suivirent sa maladie, de l'œdème des extrémités inférieures et une douleur lombaire. Amélioration progressive. Elle se maria à 28 ans, et mit deux enfants au monde.

« En novembre 1887, elle commença à souffrir de céphalées et de douleurs lombaires, à avoir de l'œdème aux jambes; elle resta au lit trois semaines, mais sans se rétablir complètement. Les œdèmes persistaient, et les symptômes augmentèrent de telle manière qu'elle fut forcée de reprendre le lit en mars 1888. Elle resta couchée jusqu'au 14 août, se leva de nouveau, quoique souffrant continuellement de faiblesse et de céphalées, vomissements fréquents, douleurs lombaires, œdèmes persistants.

« Je la visitai pour la première fois, le 19 octobre 1888, elle était très pâle et anémiée, elle avait de la bouffissure du front, des yeux et des extrémités inférieures; le cœur et les poumons n'offraient rien de particulier. L'urine avait une réaction acide et contenait 9 p. 1,000 d'albumine avec un léger dépôt qui, au microscope, contenait au dehors des cellules épithéliales ordinaires des voies urinaires et des leucocytes, un nombre considérable de cylindres, les uns larges, les autres étroits et, parmi ces derniers, il y en avait qui se terminaient en pointe, et d'autres qui étaient tordus. On constatait une structure hyaline et granu-

leuse, mais pas de réaction amyloïde de la substance. On voyait, au contraire, dans quelques cylindres des cellules épithéliales du rein avec noyau et nucléole.

« Par le repos, une diète convenable et les médicaments, la malade s'améliora peu à peu, si bien qu'elle put se lever le 4 janvier 1889. La quantité d'albumine tomba à 4 p. 1,000. De juin à octobre, elle resta à la campagne et s'y améliora d'une manière remarquable, en observant, bien entendu, toutes les règles diététiques et hygiéniques. L'albumine diminua jusqu'à 2 p. 1,000, les cylindres furent moins nombreux, les plus larges étant en majorité; pas d'épithélium rénal.

« L'embonpoint et les forces revinrent, et quoique la malade fût toujours dehors, il n'y avait plus d'œdème. — Au commencement de décembre, elle s'enrhuma, eut une rechute, et l'albumine monta à 6 p. 1,000. Au bout de cinq jours de repos, elle était tombée à 1,8 p. 1,000.

« La malade prit l'influenza le 4 janvier, plusieurs de ceux qui habitaient avec elle, souffraient aussi de cette affection, qui se caractérisait par des frissons, une fièvre intense, céphalalgie, dépression nerveuse très accusée, symptômes ordinaires de catarrhe du côté des yeux, du nez, du larynx, de pharynx et de la trachée, avec un peu de diarrhée. — L'urine, au contraire, n'était pas modifiée, l'albumine restait à 1,8 p. 1,000; quant aux cylindres urinaires, ils n'étaient pas changés.

« La défervescence se fit au bout de trois jours, la convalescence traîna en longueur, et la malade souffre encore des suites. »

L'auteur conclut que les rechutes prouvaient que ce rein était très sensible; mais il sut résister cependant à l'influenza, ce qui tendrait à montrer que l'action nocive de cette maladie n'est pas aussi intense qu'on le dit.

Cette intéressante observation n'infirmé point la pro-

position que nous avons émise : chaque malade a son individualité propre, et une affection évoluant d'une façon chez celui-ci, n'évoluera pas de même chez celui-là. Il n'y a pas, a-t-on dit, deux malades qui se ressemblent ; ces faits, suffiraient à le prouver.

OBSERVATION IV

(Hæhling. — *Med. News* 1890, p. 45.)

« Patrick D., 25 ans, irlandais, marin, est admis à l'hôpital naval des Etats-Unis, à Washington, le 25 février 1890, avec fièvre catarrhale ayant débuté la veille, douleurs musculaires violentes, nausées, anorexie. 103° Farenheit, pouls 80. L'épidémie touchait à sa fin.

Depuis le 11 février 1890, le malade était soigné pour une blennorrhagie.

A son arrivée, il est très fatigué, mal de tête, douleurs dans le dos et les jambes, yeux rouges et larmoyants, nausées, vomissements bilieux, diarrhée. T. de 101°,2 à 101°,4, pouls 100. Poumons et cœur, sains ; ni toux, ni expectoration. Sauf la quinine qu'on administre, le traitement est expectant.

26, pas de mieux ; nausées, vomissements. T. 102°,6.

27, beaucoup plus mal ; très agité, se plaint de nausées et de maux d'estomac. T. 102°, pouls 96.

28, il a assez bien reposé la nuit dernière, grâce au chloral et au bromure de potassium. T. 99°,2 le matin, et 101°,2 à 5 heures de l'après-midi.

1^{er} mars, T. 98°,4 à 8 heures du matin, 100°,6 le soir ; le malade s'améliore, la médication est suspendue.

2, T. normale.

5, il se lève, on lui donne une injection de sulfate de zinc et d'acétate de plomb.

9, écoulement arrêté. A 8 heures du soir, il se couche à la suite d'un frisson qui fut suivi d'une ascension de température.

10, va mieux, l'injection est continuée.

11, va plus mal, il a pendant la nuit un frisson, suivi d'une température de 103°,2.

12, va un peu mieux, 101°,2 le matin et 101°,6 à 4 heures du soir; il se plaint de mal d'estomac et de douleurs dans le dos. L'écoulement a cessé.

13, T. normale le matin, 102° le soir; l'écoulement est revenu.

14, T. normale le matin, 104° le soir; se plaint de nausées et de douleurs dans la région lombaire droite. Langue très couverte.

15, va moins bien. T. 100° et monte jusqu'à 104° le soir.

17, l'urine de ce matin contient du sang, du pus et des cylindres; beaucoup d'albumine. T. 101°, 103°; se plaint de douleurs dans le rein droit.

18, va mieux. T. normale, 100° le soir; 20, id.

24, urine encore trouble, nuageuse, contient encore du sang et du pus. Le malade s'améliore.

31, l'urine s'éclaircit; elle est pâle, et sa densité faible.

3 avril, urine pâle, de densité 1,011; elle contient du mucus et pas de cylindres.

13, urine s'éclaircit, densité 1,016; malade va mieux.

22, le malade est guéri.

« Dans l'observation qu'il a publiée, Sympson soupçonnait la prédisposition; ici, il y a une gonorrhée traitée par le copahu avant l'entrée du malade à l'hôpital.

« Ces deux cas ressemblent à beaucoup d'autres, dans lesquels la grippe semble avoir trouvé un nid pour ses germes redoutables, pour causer des lésions dans des organes affaiblis par d'au-

très maladies. Depuis quelque temps, j'étais dans le doute, pour savoir à quoi attribuer cette néphrite. Je croyais devoir l'attribuer à l'extension de la gonorrhée, et le cas de Sympton me fait penser que l'influenza est une des principales causes de néphrite. »

Mais un autre cas est à considérer. Si la grippe venant frapper un rein atteint d'une néphrite à peine ébauchée, y développe son action nuisible, évidemment, elle exercera ses ravages sur un rein atteint d'une néphrite bien constituée, nettement caractérisée, et existant depuis plus ou moins longtemps à l'état subaigu ou chronique.

Nous allons la voir reprendre pour son compte, cette ancienne lésion qu'elle ramène à l'état aigu, lui faire recommencer son évolution, et amener la mort du malade.

La grippe agit ici, en réveillant une vieille affaire qui ne faisait que sommeiller et ne laissait pas son malade tranquille.

L'observation suivante, mieux que toute description, prouve ce que nous venons d'avancer. C'est l'histoire d'un jeune homme, soigné autrefois dans le service de M. le Professeur Dieulafoy, pour une néphrite consécutive à une scarlatine. Ce malade, dont le rein était toujours en souffrance, prend la grippe, qui arrive à la rescousse de la scarlatine d'autrefois, pour déterminer une néphrite aiguë avec accidents urémiques et mort.

OBSERVATION V. (*personnelle*).

Néphrite scarlatineuse poussée sous l'influence de l'influenza. — Urémie gastro-intestinale. — Mort.

C...., 20 ans, garçon de café, entré le 20 avril, 1890, salle Ver-
nois, lit 6, service de M. le Professeur Dieulafoy, hôpital Necker.

Motifs d'entrée. — Entré à l'hôpital, parce qu'il a des maux de
tête, et qu'il vomit toute nourriture. Céphalalgie continuelle, vio-
lente surtout le soir, siégeant à la région frontale. Vomissements
portent sur les liquides comme sur les solides, et se montrent à
tous les repas, presque immédiatement après l'ingestion. Tous ces
accidents remontent à quinze jours.

Précédents. — Avant cette époque, cet homme était pris de
migraine une ou deux fois par mois, il vomissait en même temps.

Scarlatine en novembre 1888, très bénigne; ne s'est pas soigné
et n'est resté au lit que pendant trois jours. Le malade reprend
son travail, mais ses jambes s'enflent; l'œdème débute aux mal-
léoles et aux paupières, et bientôt se généralise (anasarque). Il est
mis au régime lacté, puis il entre à Necker, en février 1889. A
cette époque, il avait de 2 gr. à 8 gr. d'albumine. Il sort en août
1889, très amélioré; il n'avait plus que entre 25 et 50 centigr.
d'albumine.

Il reprend son travail, et le continue jusqu'à il y a 15 jours.

Pendant la période d'août 1889 à avril 1890, rien à noter, sauf
l'influenza au commencement de janvier. Il fut 10 jours très
malade, mais à cette époque, il n'a pas analysé ses urines.

Depuis ce moment, les céphalalgies sont devenues plus fré-
quentes. Les petits signes du brightisme existent depuis la scar-
latine: crampes dans les mollets la nuit; il mouche des filets
de sang au réveil; bourdonnements d'oreilles, surtout à gauche

pas de doigt mort ; habituellement très sensible au froid, mais pas de cryesthésie proprement dite ; douleurs dans les reins de temps en temps ; pas de démangeaisons sur le corps ; la vue est très trouble depuis quelques jours.

Urines. — (3 avril). Quantité : 2 litres. Autrefois il y a eu jusqu'à 4 litres.

Albumine, 2 gr.

Pollakiurie. — Se lève plusieurs fois la nuit.

Région lombaire et palper de la fosse iliaque, douloureux.

Cœur. — Souffle au premier temps et à la pointe : insuffisance mitrale.

A la base, souffle rentrant très perceptible sous le sternum. Ce souffle présente le timbre d'un pialement : insuffisance aortique.

Pouls. — Sans caractère, mais plutôt bondissant, sans être toutefois le pouls de Corrigan. Radiale dure, non moniliforme. Pas de pouls capillaire (front, voile du palais, ongles).

Poumons. — Râles ronflants et sibilants disséminés.

Antécédents. — Héritaires : nuls.

Personnels : Rougeole à 7 ans.

Scarlatine, il y a 2 ans.

Influenza en 1890.

Evolution de la maladie. — Régime lacté absolu.

4	avril,	2	litres	d'urines.	—	Albumine	1	gr.	75
5	»	3	»	»		»	1	75	
6	»	3	»	»		»	1	50	
7	»	2,800	gr.	»		»	1	25	
8	»	600	gr.	»		»	1	50	
9	»	400	»	»		»	2	»	
10	»	400	»	»		»	3	»	
11	»	500	»	»		»	3	50	
12	»	500	»	»		»	2	50	

Du 6 au 12, l'état s'aggrave ainsi que le prouve ce tableau du dosage de l'albumine. Vomissements continuels dès qu'il boit. Oligurie, 13 avril, 500 gr. d'urines; albumine, 4 gr. 50 c. On le sonde le 13 avril, au soir, car il n'a pas uriné *sponte suâ*: on retire 900 gr. d'urines.

Depuis le 11 avril, on donne au malade, chaque jour, 3 lavements avec 25 gr. de lactose chacun: le 13, il a 6 lavements de lactose de 100 gr. chaque, mais ne les garde pas.

14 avril, le matin, nouveau sondage: 100 gr. d'urines.

Hoquets fréquents. Délire urémique. La vue est couverte, et le malade ne distingue plus qu'un brouillard.

Il s'affaiblit beaucoup; il n'a plus de vomissements depuis ce matin, 6 heures; il prend de la glace continuellement. Depuis ce matin également, météorisme abdominal, un peu de diarrhée.

On ordonne:

Chlorhy de cocaïne, 6 gr. 25 c.

Eau de chaux. 60 gr.

Une cuillerée toutes les 2 heures.

En plus, ses lavements de lactose. Pas de lait.

15 avril, il a uriné 1,000 gr. — Mort à 9 heures du soir.

Nécropsie. — Reins, volume et poids normaux. Néphrite mixte, mais surtout épithéliale.

Cœur. — Induration et sclérose des piliers de la mitrale.

id. à l'aorte.

L'examen des autres organes et du cerveau est négatif.

La grippe en cette circonstance, n'avait pas grande besogne, son travail était plus d'à moitié fait, ce rein scarlatineux n'était plus, il est vrai, en proie à la néphrite aiguë des premiers temps, mais il était, pour

ainsi dire, en état de mal brightique, ne demandant qu'à s'altérer davantage.

L'influence néfaste de la grippe sur les maladies antérieures, s'est affirmée mille fois pendant l'épidémie : les cardiopathies et les pneumopathies ont surtout été aggravées. Holz a rapporté le cas d'une syphilis de 14 ans, qui se réveilla sous l'influence de la grippe. A la Société de médecine interne de Berlin (6 janvier 1890), Leyden, parlant des complications de la grippe, rapporte un fait de néphrite scarlatineuse réveillée par cette épidémie : au cours de la discussion qui suivit cette communication, Ewald cita un cas d'hémorrhagie du bassinet chez un grippé.

La grippe a aggravé la néphrite d'un rein déjà malade, absolument comme elle a porté son action sur le foie, en aggravant une cirrhose, comme chez le malade grand buveur de M. le Professeur Potain (cas cité par M. Huchard, *Soc. med. hôp.*, 1890, p. 62).

On peut dire que l'influenza est vis-à-vis du rein comme une pierre qui touche, qui révèle brusquement les altérations parfois insignifiantes et très compatibles avec la vie, qui sont établies depuis plus ou moins longtemps.

Hœhling (*Med. News.*, 1890, p. 45), après avoir relaté plusieurs Observations, que nous rapportons dans ce travail, conclut en ces termes : « Quoique ces faits ne prouvent pas que les germes de la grippe seule aient causé les complications rénales, je crois qu'ils montrent qu'une attaque d'influenza, souvent révèle une maladie rénale sérieuse et quelquefois mortelle, qui jusque-là avait été ignorée. »

III

La grippe ne touche le rein que légèrement; mais celui-ci reste taré, et sous l'influence du froid, d'une maladie infectieuse, d'un écart de régime, etc..., le mal de Bright s'installe.

Nous avons vu la grippe, en tant qu'infection généralisée, déterminer des troubles graves du côté du rein; nous l'avons vue paracheyant ou reprenant des lésions dues à d'autres infections. Nous pouvons la considérer maintenant comme agissant non pas en seconde main, mais s'attaquant à un rein qui n'a jamais été malade, contrairement à ce qui se passait au chapitre précédent d'une part, et d'autre part n'occasionnant que des désordres superficiels, à l'inverse de ce qui avait lieu au premier chapitre.

Et ces dégâts insignifiants sont susceptibles de s'aggraver si une maladie infectieuse survient plus tard, et joue le rôle que nous avons vu la grippe jouer elle-même tout à l'heure.

Au cours d'une grippe, on trouve quelque peu d'albumine : la quantité est si minime qu'elle passe presque inaperçue. Le malade, d'autre part, n'a aucun signe de néphrite. La guérison de la grippe se fait. Mais du côté du rein, que s'est-il passé ?

Il y a une trace bien légère du passage de la grippe, car, souvent, le malade n'accuse jamais aucun symptôme de néphrite ultérieurement, s'il ne vient pas à contracter une nouvelle infection. Il a un mal de Bright évoluant sourdement, sans que rien décèle sa présence. Ces néphritiques vaquent à leurs occupations, ignorant de la maladie qu'ils portent en germe, et le plus souvent, c'est par hasard qu'on trouve, en analysant les urines, quelques centigrammes d'albumine. On ne sait à quoi attribuer ce symptôme isolé : on ignore depuis quand ce mal de Bright existe, et bien souvent son étiologie reste obscure, si l'on omet de rechercher les maladies infectieuses qu'a faites le malade. On pense bien encore à la scarlatine, mais les autres on les néglige, et l'on se rabat, faute de mieux, sur la néphrite à frigore.

Ce chapitre est forcément incomplet : il est surtout théorique et conçu par analogie entre la fièvre catarrhale et les autres infections. La grippe doit se comporter comme toute autre maladie infectieuse, et cela dans chacune de leurs manières d'être.

Pour pouvoir affirmer que la grippe n'a fait qu'effleurer le rein, et que celui-ci, désormais taré, est prêt à s'altérer tout à fait à la prochaine infection, il aurait fallu pouvoir suivre les malades et les voir aux prises avec une maladie infectieuse. Mais ceux-ci, guéris de leur influenza, sont disparus, emportant peut-être avec eux l'origine d'une affection rénale, qui les ramènera un jour à l'hôpital.

Tels sont les modes suivant lesquels nous pensons que la grippe agit sur le rein. Quant à savoir « quelle est l'essence même de cette action, M. Barth (*Union médicale*, p. 159) nous dit : « Comment s'explique cette influence pathogénique de la grippe, je vous l'ai déjà dit : en se rappelant la pathologie générale des maladies infectieuses telle que l'ont faite les travaux de Pasteur, de Brieger et de Bouchard ; car la grippe est incontestablement une maladie infectieuse, disons mieux, microbienne, virulente, transmissible. »

Pour le Professeur Nothnagel (*Union médicale*, 1890, p. 90), bien que le microbe de la grippe n'ait pas encore été isolé, la grippe est une maladie infectieuse, dont le microbe agit peut-être par la ptomaïne qu'il sécrète. Si la maladie revêt des formes très diverses, il en est de même de la typhoïde dont cependant le microbe est unique. S'il y a eu beaucoup de pneumonies, maladie à microbe spécial, la grippe n'a fait que préparer le terrain.

D'un autre côté (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 1889, p. 275), nous lisons sous la signature de M. Voituriez, qu'il se demande par quel mécanisme agissent les microbes, par action de présence, par leur masse, leur volume, par altération de la crase du sang. Aujourd'hui, nous savons, par les travaux de Chauveau, Arloing, Bouchard, Charrin, Roux et Yersin, que les microbes agissent par leurs produits, et ces expérimentateurs sont arrivés à reproduire un certain nombre de maladies sans le microbe (diphthérie).

Nous pensons, d'après ces auteurs, que la maladie

serait une véritable intoxication par les produits microbiens, intoxication qui aurait en outre pour résultat de favoriser l'éclosion d'infections secondaires, de complications pouvant être produites par d'autres organismes pathogènes, trouvant dans l'économie malade un terrain propice à leur évolution.

C'est, d'ailleurs, l'opinion que Weichselbaum a exprimée (*Société impériale et royale de Médecine de Vienne*, 31 janvier 1890) quand il a dit qu'il se pourrait que l'influenza soit causée par un microbe encore inconnu, et que les complications de la maladie soient dues au microorganisme de la pneumonie trouvant des conditions favorables de culture dans le corps malade.

TABLEAU CLINIQUE

D'une façon générale, on peut dire que la néphrite, due à la grippe, ne diffère pas des autres néphrites, quelle que soit leur origine. Elle peut apparaître soit pendant l'évolution de la grippe elle-même (Ob. IV-III), soit plus ou moins longtemps après sa disparition (Obs. I, II, V). Ce sont ces derniers cas qui nous paraissent les plus graves, et qui sont les plus nombreux. Voici comment elle s'établit :

La convalescence de l'influenza, toujours longue, semble se prolonger encore : les malades sont mal en train, souvent fatigués sans raison. L'influenza est disparue, et cependant ces malades, plus ou moins abattus, sont comme dans un état prémonitoire d'une nouvelle maladie : ils *trainent*, suivant l'expression fréquemment employée.

Néanmoins, ennuyé d'attendre une guérison qui tarde tant, l'ouvrier, trop peu malade pour ne rien faire, reprend ses travaux ; mais il se fatigue plus qu'autrefois : il ressent un malaise qu'il ne sait définir. Les choses en restent là un temps plus ou moins long,

lorsqu'un symptôme quelconque vient montrer au malade que la guérison définitive est encore fort éloignée.

Ce symptôme dénonciateur n'est pas toujours le même. C'est, tantôt, un domestique de collège qui, quoiqu'âgé, montait allègrement les escaliers, sans essoufflement, et qui s'aperçoit un jour que la respiration lui manque. Il doit s'arrêter à chaque palier, parfois même dans l'escalier pour reprendre haleine (Obs. I) ; tantôt c'est une femme, qui se ressent de l'influenza un peu après sa disparition, et qui, portée par ce malaise constant à remarquer la moindre chose qui lui paraîtrait anormale dans sa santé, voit ses urines se colorer, diminuer de quantité, et des œdèmes se montrer aux jambes (Obs. III).

C'est encore un cocher (Obs. VIII), homme fort, vigoureux, qui se sent pris d'alourdissements tels qu'il tomberait à terre, s'il ne descendait de son siège ; il est pris d'épistaxis, et bientôt après, reste étonné en trouvant que les chaussures qu'il mettait il y a huit jours sont devenues trop petites pour ses pieds.

Dans d'autres circonstances, la néphrite catarrhale s'est annoncée par une hématurie, ainsi que le dit M. le Professeur Potain dans une Clinique sur la grippe (*Union médicale*, 21 décembre, p. 880) où, après avoir cité le travail de Fiessinger (*La grippe infectieuse à Oyonnax (Ain)*, Paris, O. Doin, 1889), il s'exprime ainsi : « On a vu aussi apparaître une hématurie prémonitoire de néphrite catarrhale. »

La néphrite s'annonce donc de bien des manières

diverses : c'est dans ces conditions que les malades arrivent à l'hôpital.

Un examen attentif fait découvrir l'existence d'autres signes : il est rare, d'abord, si le malade se présente avec de l'œdème un peu accusé aux membres inférieurs, qu'il n'ait pas en même temps de l'œdème de la face. Et le facies spécial qui en résulte, tel que nous l'avons vu souvent dans le service de notre maître, M. le Professeur Dieulafoy, est souvent assez caractéristique pour qu'on fasse le diagnostic d'emblée.

Le malade se présente, en effet, avec une face qui semble élargie et arrondie tout à la fois : elle est uniformément d'une coloration d'un blanc mat, jaunâtre, qui n'est ni la teinte jaune paille des cancéreux, ni, comme chez les anémiques, une coloration blanche fraîche, si légèrement teintée de rose, qu'on devine cette nuance plutôt qu'on ne la voit ; mais c'est une coloration cireuse, enlevant à la figure l'expression de vie qu'elle a chez un homme bien portant.

Souvent la temporale est flexueuse et court en serpentant.

Tels sont les troubles visibles que les malades présentent au début. Disons aussi que souvent ils se plaignent d'oppression.

Par l'interrogatoire, on apprend que la région des reins est endolorie, et parfois, à mesure que la maladie vieillit, la douleur lombaire devient plus accusée ; que les doigts sont parfois engourdis comme s'ils sortaient de l'eau glacée ; que la vue est quelque peu affaiblie ou troublée ; que les jambes sont le siège de crampes,

forçant les malades, dans le jour, à cesser leurs occupations, et dans la nuit à se lever pour arpenter leur maison. Presque tous ont des céphalées plus ou moins violentes ; quant aux épistaxis matutinales, elles ont fait défaut dans nos observations, sauf dans le cas de Vuillemin (Obs. VIII), puisque ces hémorrhagies, se répétant non seulement le matin, mais plusieurs fois par jour, furent, avec les alourdissements, la cause de l'entrée de cet homme dans le service.

La quantité des urines était généralement diminuée soit dès le début (Obs. III), soit à mesure que la maladie s'accroît (Obs. I. — Obs. XI). Enfin, dans certains cas, elle reste normale (Obs. VIII. — Obs. X).

Tous les malades n'ont pas la sensibilité au froid : nous ne l'avons rencontrée que chez le malade de l'Obs. VIII et dans l'Obs. X.

Presque constamment on rencontre de l'albumine, et le plus souvent en quantité assez considérable. Quand la maladie devait guérir, elle ne tardait pas à disparaître ; si, au contraire, la terminaison devait être fatale, la quantité d'albumine allait plutôt en augmentant.

A mesure que la maladie avance en âge, certains symptômes deviennent plus accusés. C'est le cas, en particulier, de l'oppression, de la dyspnée urémique, qui revêt parfois le type de Cheyne-Stokes. A l'auscultation, on entend des râles de bronchite généralisés, et dans certains points, des foyers de râles crépitants. L'oppression s'accroît de plus en plus, et les malades, condamnés à l'insomnie, passent leur exis-

tence assis dans leur lit et appuyés sur deux ou trois oreillers destinés à les maintenir dans cette position.

Cette dyspnée est très tenace : les ventouses et l'oxygène ne produisent que peu d'effet ; la seule médication qui soit vraiment efficace est une saignée de 200 à 300 grammes.

A côté de la dyspnée, nous voyons l'oligurie faire des progrès. Nous avons vu cette oligurie être le symptôme dominant dans l'observation citée par Leyden, mais généralement elle ne se montre que peu à peu, marchant parallèlement à la dyspnée qu'elle engendre, et hâtant avec elle la fin du malade.

Les urines diminuant, l'œdème augmente et reste limité ou se généralise.

On voit ainsi au cours de la grippe des cas de mal de Bright aigu, c'est-à-dire de néphrite, avec œdème plus ou moins généralisé. M. le Dr Fiessinger (*Grippe infect. à Ogonmax*) rapporte les deux faits suivants :

OBSERVATION VI (résumée.)

(*Observation XXIII du mémoire de Fiessinger.*)

Fillette de 3 ans. Bronchite. Guérison le 17^e jour, puis récidence, néphrite anasarque et guérison définitive le 40^e jour.

L'enfant Vu..., âgée de 3 ans, a eu la varicelle en novembre. Elle est retombée malade le 20 décembre 1888. Mal de tête, mal de ventre, toux quinteuse ; douleur dans le côté gauche pendant les quintes de toux.

22 décembre. — Râles humides disséminés dans le poumon gauche, en arrière et en avant. Pas de respiration soufflée, ni de diarrhée.

• • • • •

9 janvier. — Nuit très agitée. Deux selles diarrhéiques. Ventre ballonné.

11 janvier. — Douleurs dans les cuisses et les pieds. Les paupières sont boursoufflées, les joues sont bouffies. Œdème aux pieds et dans les lombes. L'urine contient des quantités notables d'albumine avec cylindres épithéliaux. Régime lacté : enveloppements dans la ouate.

12 janvier. — Nausées. Ventre douloureux et ballonné.

13 janvier. — L'enflure est moins forte.

14 janvier. — Les urines ne contiennent plus que des traces d'albumine; l'enflure a disparu.

17 janvier. — Mal de tête toute la nuit.

19 janvier. — L'enfant a saigné du nez. Râles humides aux bases; sibilances disséminées.

• • • • •

25 janvier. — Sueurs abondantes à la figure.

26 janvier. — Epistaxis; sueurs à la tête, l'enfant se plaint du ventre.

28 janvier. — La nuit a été très bonne. Guérison.

OBSERVATION VII (*résumée.*)

(*Observation LII du mémoire de Fiessinger.*)

Garçon de 8 ans. Angine. Mal de Bright aigu. La fièvre tombe le 4^e jour. Guérison complète en 16 jours.

Ed... Pet... Je..., 8 ans, est atteinte depuis le 9 février d'une angine amygdalienne avec gonflement à l'angle de la mâchoire à droite. Inappétence, mal de tête frontal, constipation abattements, épistaxis abondante. Rien aux poumons.

10 février. — Râles ronflants dans les bronches; selles involontaires, diarrhétiques pendant la toux, qui est rauque.

12 février. — Bouffissure de la face; toux sans expectoration; les urines contiennent de l'albumine et des cylindres épithéliaux. Régime lacté; repos au lit.

20 février. — Albumine, 50 centig. (tube d'Esbach).

26 février. — Albumine a disparu; l'enfant recommence à se nourrir. Guérison complète.

L'œdème souvent localisé d'abord aux membres inférieurs, est peu accusé: il faut le chercher pour le trouver; bientôt il devient apparent à première vue. En plus de la bouffissure du visage, les bras, les avant-bras, les mains conservent l'empreinte du doigt; le scrotum s'œdématie, les paupières sont comme transparentes, le thorax lui-même est infiltré et le stéthoscope y laisse une empreinte manifeste; les jambes perdent complètement leur forme; au lieu de la saillie du soléaire et du rétrécissement au niveau du tiers inférieur du membre, on a une jambe cylindrique dans toute son étendue, dans laquelle on ne peut plus distinguer aucun relief anatomique. Il en était ainsi, en particulier, chez le malade de l'Observation I jusqu'aux derniers jours de sa maladie.

La néphrite grippale peut être primitive, c'est-à-dire s'installer, de par le fait même de la grippe, chez un

homme précédemment bien portant et, dans ce cas, elle apparaît soit de bonne heure, pendant la maladie première, soit plus tard, pendant la convalescence, ou même après ; ou bien elle est secondaire et due au réveil d'une ancienne altération du rein, tel est le cas de l'Observation V.

Nous avons vu, jusqu'à présent, la néphrite revêtir le type clinique le plus commun. Il nous a été donné de rencontrer une autre modalité clinique intéressante : la forme hémorrhagique. « Les hémorrhagies ont été assez communes, nous dit M. Alezais (Rapport. *Marseille méd.*, n° 9, p. 621); un de nos jeunes confrères a été atteint d'hématurie. Après un coryza violent, qui débuta en mars et dura 3 semaines, il fut pris subitement de douleurs si vives dans les yeux, qu'il crut à un début de glaucôme. Il allait mieux et ne conservait qu'un peu de lassitude dans les jambes, quand il eut, pendant huit jours consécutifs, des hématuries. L'urine était uniformément rouge noirâtre, comme fumée, sans caillots, de quantité à peu près normale, plutôt un peu au-dessous de la moyenne. Aucun symptôme, ni du côté de la vessie, ni du côté des reins, ni dans l'état général. L'examen microscopique fait par le Dr. Arnaud révéla dans l'urine la présence d'hématies, sans globules blancs, ni éléments du rein. La santé redevint rapidement bonne. »

L'observation qui nous est personnelle a trait à un purpura brightique apparu consécutivement à l'influenza. Une autre observation nous est fournie par le Mémoire de M. Fiessinger, et a trait à une hématurie.

Cette forme paraît être assez rare, et l'auteur, que nous venons de citer, ne l'a rencontrée qu'une fois dans les nombreux cas qu'il a publiés.

Au surplus, voici ces observations :

OBSERVATION VIII (*personnelle.*)

Grippe. — Epistaxis. — Purpura brightique.

Vuillemin, Claude, 45 ans, cocher, entré dans le service le 30 avril 1890, sorti le 21 mai 1890.

Cet homme entre à l'hôpital pour des épistaxis, qu'il a depuis 3 mois : cet accident se produit 5 ou 6 fois par jour. Les deux premiers mois c'était un filet de sang ; aujourd'hui, le sang s'écoule goutte à goutte, chaque fois pendant 3-4 minutes.

Le malade a ces accidents pour la première fois.

Les épistaxis, autrefois assez abondantes, — le malade les évalue à un crachoir par jour, — sont aujourd'hui très diminuées. Néanmoins, cette quantité de sang ainsi perdue a rendu le malade un peu anémique. Son corps est d'une coloration pâle, cireuse, les ongles et les conjonctives sont à peine teintés, les mains, autrefois rouges sont blanches.

De temps à autre, bourdonnements d'oreilles ; à chaque instant, étourdissements qui forcent le malade à se tenir aux objets voisins ; il est même obligé de descendre de son siège.

Tout travail est impossible ; le malade n'a aucune force et les mouvements qu'il fait rappellent les hémorrhagies.

Les pommettes sont recouvertes de purpura ; celui-ci se voit aussi sur les lèvres, le bord de la langue et l'index droit ; il s'est

produit sans attirer l'attention du malade. D'ailleurs, il faut remarquer qu'il y a aujourd'hui, sur l'index gauche, des taches qui n'existaient pas hier. Jamais le purpura ne s'est montré ailleurs.

Ce purpura existe depuis la même époque que les épistaxis ; il a débuté par les lèvres et ensuite a envahi les joues ; quant aux mains, elles n'ont été prises qu'au moment de l'entrée dans le service.

A quelle cause remontent ces hémorrhagies ? Le malade avait la grippe pendant le mois de décembre, et c'est à la suite de sa toux que les épistaxis commencèrent. Cette toux revenait par quintes, surtout pendant la nuit ; pas de sang dans l'expectoration ; pas de céphalalgie. Le malade fut obligé de rester 8 jours chez lui, sans être alité, mais à cause d'une faiblesse extrême, d'une lassitude générale qui empêchait tout travail.

Il y a 20 ans, fièvre intermittente, palustre pendant 6 semaines (Afrique), qui n'a jamais reparu.

Pas d'autres maladies, pas d'alcoolisme, pas d'antécédents héréditaires, pas de rhumatismes.

Depuis 3-4 mois, c'est-à-dire depuis janvier et février, le malade se plaint d'uriner plus souvent qu'autrefois, d'avoir très souvent froid aux pieds. Après sa maladie de décembre, apparurent des crampes, forçant le malade à se lever la nuit pour les faire disparaître. Depuis la même époque, soubresauts le réveillant la nuit.

Pas d'œdème des paupières, ni des jambes ; la vue s'est affaiblie, l'ouïe n'a rien.

Assez souvent, depuis le début des épistaxis, engourdissements du bout des doigts de la main droite, qui deviennent blancs et insensibles.

Tous ces petits accidents de brightisme sont donc apparus depuis le début des épistaxis, consécutivement à la grippe.

L'analyse des urines ne donne rien.

OBSERVATION IX

(Observation LIX du Mémoire de Fiessinger.)

Garçon de 16 ans; diarrhée; néphrite aiguë hémorrhagique; guérison le 8^e jour.

Ber... L..., 16 ans. Depuis huit jours il éprouve une sensation de froid, manque d'appétit, dort mal la nuit. Le 18 mars, il se couche, éprouve des vertiges; mal de tête frontal, pas de douleurs dans les membres. Douleurs dans le côté droit.

19 mars. T. m. 40° 7. P. m. 120.

— T. s. 40° 3. P. s. 120.

Langue blanche; une selle involontaire diarrhéique; toux sèche, sans râles.

20 mars. T. m. 38° 9. P. m. 96.

— T. s. 40° 1. P. s. 100.

4 selles diarrhéiques fétides, 5 ascarides dans les selles.

21 mars. T. m. 39° 6. P. m. 100.

— T. s. 40° 4. P. s. 96.

Douleur vague dans le côté droit, non exagérée par la toux et la pression, Ventre ballonné.

Les urines sont sanglantes. Au microscope, on découvre des globules sanguins déformés et quelques cylindres épithéliaux.

Régime lacté.

22 mars. T. m. 39° 3. P. m. 100.

— T. s. 40° 5. P. s. 102.

Le malade a uriné environ un litre d'urine sanglante. Nuit très agitée; trois selles diarrhéiques. Rougeurs au sacrum.

23 mars. T. m. 40° 3. P. m. 100.

— T. s. 40° 5. P. s. 102.

24 mars. T. m. 39° 8. P. m. 96.

— T. s. 40° 3. P. s. 106.

Nuit agitée. Les urines ne sont plus sanglantes, mais renferment toujours de l'albumine. Une selle spontanée, moulée. Sueurs. Râles sous-crépitaux aux deux bases.

25 mars. T. m. 38° 4. P. m. 88.

— T. s. 37° 4. P. s. 76.

L'albumine a disparu; le 30 mars, les vomissements alimentaires disparaissent par le régime lacté et l'eau de Vichy. Guérison.

Nous terminerons cet exposé en disant que cette néphrite, engendrée par la grippe, peut passer à l'état chronique, ainsi que le prouvent les deux Observations suivantes, empruntées à la thèse de Vignerot, 1890.

OBSERVATION X

(Observation IX de la Thèse de Vignerot.)

Grippe. — Néphrite chronique consécutive. — Mort par urémie.

« Claude G..., 33 ans, forgeron, entré le 1^{er} avril 1890, salle Bichat, hôpital Saint-Antoine.

Il y a 10 ans, cet homme, étant au régiment, a eu une bronchite aiguë pour laquelle il passa environ un mois à l'hôpital. C'est là tout ce que nous trouvons comme antécédents personnels.

Après sa sortie du régiment, il reprit sa profession de forgeron, et resta toujours robuste et bien portant.

Le 13 janvier 1890, il fut atteint de la grippe, il éprouva brusquement des frissons, de la fièvre, des douleurs de tête intenses, en même temps qu'un affaiblissement considérable des membres inférieurs. Il resta environ 8 jours au lit, souffrant surtout de douleurs dans la tête et au niveau de la région lombaire, puis, au bout de ce temps, il reprit son travail, sans être tout à fait rétabli. Les forces avaient considérablement diminué.

Vers le 10 mars, le malade remarqua que ses jambes étaient un peu enflées, la quantité d'urines, dit-il, était à peu près normale. Le 19 mars, il se vit obligé de reprendre le lit, l'œdème des jambes avait à peu près disparu, mais les douleurs rénales étaient toujours très vives.

Le 1^{er} avril, voyant que son état ne s'améliorait pas, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on trouve le malade pâle, très affaibli, il ne peut se lever, pendant un certain temps, sans éprouver de la faiblesse dans les membres inférieurs. On ne constate pas d'œdème de la face, ni des membres. La quantité d'urines rendues en 24 heures est d'un litre et demi, le malade est obligé de se lever deux fois par nuit pour uriner. On constate 5 grammes d'albumine par litre; la région lombaire est toujours douloureuse.

On ne trouve rien au cœur, ni au poumon.

Il est soumis au régime lacté.

Les jours suivants, le même état persiste, mais bientôt on voit un léger œdème des jambes apparaître de nouveau, puis, de temps en temps, le malade éprouve des troubles visuels. L'albumine se maintient à peu près constamment à 5 grammes par litre.

Aux troubles visuels, viennent, en outre, s'ajouter des troubles de la mémoire et de l'intelligence.

Le malade a des absences; parfois, il est en proie à des hallucinations, à de véritables accès de folie.

Le 2 mai, le malade meurt dans le coma urémique.

« D'après cette Observation, il semble naturel de rattacher à la grippe la lésion rénale et de conclure à la possibilité du passage de la néphrite grippale à l'état chronique. »

OBSERVATION XI

(Observation XII de la Thèse de Vignerot.)

Grippe. — Néphrite chronique consécutive.

« Keller, Antoine, bijoutier, 31 ans, entré le 7 août 1890, salle Littré, hôpital Saint-Antoine.

Ce malade dit avoir eu une fièvre typhoïde dans sa jeunesse. Il resta toujours bien portant à la suite de cette affection et ne presenta jamais aucun symptôme, pouvant faire soupçonner une altération rénale.

Pas d'alcoolisme.

Au mois de février 1890, il fut atteint de la grippe. Après s'être soigné chez lui pendant une huitaine de jours, il reprit son travail, mais, dit-il, sa santé ne se rétablit jamais complètement, à partir de cette époque, et il vit apparaître, en dehors de toute affection vésicale ou uréthrale, des troubles de la sécrétion urinaire.

Les urines devinrent foncées, couleur de bouillon, leur quantité augmenta notablement.

Au mois de mai, les urines devinrent encore plus foncées, un peu rougeâtres, leur quantité diminua. Il n'y eut pas à cette époque d'œdème suffisant pour attirer l'attention du malade.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, sa faiblesse augmenta, puis il fut pris de vomissements, en même temps qu'il

vit apparaître un œdème considérable des membres inférieurs. Le malade ne put rattacher lui-même ces symptômes à aucune cause appréciable; il n'eut pas le moindre refroidissement.

Le 7 août, il se décida à entrer à l'hôpital. A ce moment, on constate un œdème très considérable, mou et blanc; des membres inférieurs, remontant jusqu'à la racine des cuisses. La face est très pâle, légère bouffissure des paupières. La région lombaire est très douloureuse à la pression. On constate, au niveau du cœur, un bruit de galop très net.

Les urines sont foncées, la quantité d'albumine est très considérable.

Le malade urine moins d'un litre en 24 heures.

Le 9, on constate une infiltration considérable des bourses. Température, 36°.

Pendant le mois d'août, l'état du malade reste à peu près stationnaire.

Albuminurie considérable. Le traitement n'amène aucune amélioration.

2 septembre, le malade a, pour la première fois, une attaque d'urémie convulsive.

L'œdème a gagné l'abdomen et les membres supérieurs.

4 septembre. Dyspnée considérable, râles nombreux dans la poitrine; l'albumine est toujours très abondante.

Le 12, le malade vomit plusieurs fois dans la journée.

Le 21, nouvelle attaque d'urémie convulsive.

Le 22, mort du malade, à la suite d'une nouvelle attaque d'urémie.

A l'autopsie, on trouve deux gros reins blancs.

« La grippe nous semble bien, dans ce cas, avoir été le point de départ de la néphrite infectieuse qui a fini par passer à l'état chronique. »

Il convient cependant de se rappeler que le malade a eu la typhoïde étant jeune et que, bien qu'il n'ait jamais souffert du rein, le passage de cette infection devait le rendre plus vulnérable, de ce côté, que tout autre.

Rapportons, pour finir, deux Observations de Hæhling :

OBSERVATION XII

(Hæhling. — *Med. News*, 1890, p. 45.)

Malade mort d'urémie le 24 janvier 1890.

Il avait souffert d'influenza le 5 janvier, et avait été envoyé ici, pour une pleurésie aiguë, le 9.

L'autopsie révélait des adhérences récentes des deux côtés, surtout à gauche; il y avait une fistule à la racine de la verge, résultant d'un rétrécissement et par où l'urine s'écoulait goutte à goutte, depuis quelques années.

Hydronéphrose double; rein gauche pesait 4 onces; portion corticale presque entièrement détruite; bassinets et calices dilatés; rein droit pesait 7 onces 1/4; portion corticale dégénérée. Pyramides de Malpighi, petites et très indistinctes, bassinets et uretères très dilatés.

OBSERVATION XIII

(Hæhling. — *Med. News*, 1890, p. 45.)

Lé 28 février 1890, un lieutenant de vaisseau des Etats-Unis

était admis à l'hôpital. L'albumine a été notée, pour la première fois, à la suite d'une attaque d'influenza, à la fin de décembre 1889, et, une deuxième fois, au début de janvier 1890. Très peu de cylindres hyalins; albumine dans la proportion de $\frac{1}{4}$ p. 100, persistait avec des symptômes d'irritation pulmonaire, toux et extrémités froides.

Ce malade est atteint de la diathèse urique, et est sujet aux douleurs rhumatismales et à un gonflement léger des pieds.

Le 16 mars, l'analyse des urines montre des traces d'albumine; très peu de cylindres granuleux et hyalins; densité, 1,016, réaction acide.

Le malade se sent plus fort et, étant allé se promener en ville, il rentra moins fatigué que la veille.

Le 2 mai, il était renvoyé de cet hôpital et placé.

Son urine contenait encore de l'albumine et des cylindres.

Le 17 mai, j'avais une lettre de lui, datant de 2 jours, dans laquelle il me disait que, n'ayant pas suivi le régime lacté auquel je l'avais mis, il se sentait moins bien, et avait plus d'albumine que pendant son séjour ici.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Une maladie infectieuse retentissant sur le rein, y détermine une néphrite aiguë, épithéliale, que Klebs a considérée comme une glomérulite, c'est-à-dire que dans la capsule de Bowman, il existe une infiltration de cellules, qui occasionnent et la dilatation de la capsule, et la compression des tubes, d'où diminution de la sécrétion urinaire.

Le type de cette néphrite, est la néphrite scarlatineuse, et il était à présumer qu'une maladie infectieuse comme la grippe présenterait les mêmes lésions.

L'examen des pièces que nous avons recueillies n'a pu être fait; mais nous trouvons dans Leyden, une relation fort importante. Cet auteur ayant examiné sous le microscope, les reins de sa malade, dont nous avons rapporté l'Observation, nous apprend, qu'il a trouvé des reins gras, teintés de rose, arrivés à la première période du mal de Bright. Il y rencontra la forme, « que nous pouvons désigner comme la plus fréquemment typique de la néphrite infectieuse, dont le type est la néphrite scarlatineuse. C'est la forme que nous dési-

guons sous le nom de capsulo-néphrite, de glomérulo-néphrite depuis les recherches de Klebs. »

Or, on est aujourd'hui à peu près d'accord, pour ranger cette néphrite scarlatineuse, dans le groupe des néphrites diffuses, forme la plus commune du mal de Bright.

Nous tirons d'ailleurs d'une autre observation les mêmes résultats. A l'autopsie de Cottin (Observation V), qui avait une néphrite depuis longtemps, et qui succomba à une recrudescence de sa maladie sous l'influence de la grippe, on trouva des reins de volume normal, atteints d'une néphrite mixte, à prédominance épithéliale.

L'Observation I nous montre une des formes de la néphrite mixte : rein, un peu diminué de volume (125 grammes), petit, dur, criant sous le couteau, à substance corticale diminuée, à capsule un peu adhérente, à pyramides atrophiées.

Dans l'Observation XII, que nous empruntons à Hœhling, nous trouvons des lésions analogues : rein petit (4 onces), soit 120 grammes environ ; portion corticale presque entièrement détruite ; pyramides petites et très indistinctes.

Nous pensons donc avoir le droit de conclure que l'influenza détermine une néphrite mixte, comme d'autres maladies infectieuses.

DIAGNOSTIC

C'est surtout par la notion étiologique, que le diagnostic de la néphrite grippale diffère de celui des autres néphrites.— La recherche des causes est toujours intéressante pour le médecin ; souvent, au point de vue du pronostic et du traitement, elle a une importance manifeste. Ici, le diagnostic étiologique, en faisant connaître la nature infectieuse de la maladie première, a l'avantage de mettre le médecin en garde, contre les surprises que pourraient causer les accidents secondaires, fréquents dans ces maladies.

Nous avons vu combien, suivant les cas, la néphrite différerait dans son mode de début ; c'est dire, qu'il faut avoir bien présents à la mémoire, les aspects variés de cette affection, pour la dépister.

Il est évident que le diagnostic de néphrite s'impose, quand un malade se présente avec de l'œdème généralisé, la face telle que nous l'avons décrite, la respiration haletante, les troubles urinaires. Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi, et cet état du malade indique une altération des reins, installée depuis quelque temps déjà.

Souvent les symptômes, pour lesquels les malades viennent consulter, n'attirent pas l'attention du côté des reins : bien au contraire. C'est ainsi qu'on en voit qui se présentent comme des bronchitiques ou des asthmatiques ; ils se plaignent de tousser, d'avoir de l'oppression, ils se figurent avoir pris froid. Ils n'accusent rien autre.

A l'auscultation, quelques râles de bronchite ; pas grand'chose, et les signes stéthoscopiques qu'on observe, ne sont pas en rapport avec la toux ou l'oppression que les malades ressentent, ou disent avoir ressenties. A un examen superficiel cependant, on diagnostiquera une phlegmasie des voies respiratoires, et on donnera pour calmer la toux un traitement quelconque, qui n'aura d'autre effet que d'aggraver la maladie.

Mais, un médecin plus avisé, ou meilleur observateur, considérant attentivement le malade, remarquera qu'il a le teint un peu blafard, les pommettes non pas rosées, mais d'un blanc mat, la face plus pleine. Les traits sont effacés, les paupières gonflées, presque transparentes. Souvent même, ce dernier signe existe seul ; les yeux sont comme renfoncés dans les orbites, et diminués de volume ; les deux paupières bombées, semblent indiquer que le malade ne peut ouvrir les yeux, et de fait, il ne le peut pas. Ajoutez à cela un peu de blancheur du teint, et c'est tout. Un médecin, qui connaît la question, va de suite examiner les malléoles, car il est à remarquer, que c'est toujours par ces deux localisations, paupières et régions malléolaires, que l'œdème commence. Le pouce ayant pressé sur la

peau, y laisse un petit godet, et si petit soit-il, on peut dire que le diagnostic est établi.

Généralement, quand il y a œdème, il y a albuminurie ; l'existence du premier de ces signes devra donc faire rechercher le second : « Dans le cas de scarlatine, ou de néphrite à frigore, dit M. le Professeur Dieulafoy, dans son Manuel, p. 401, l'apparition de l'œdème joint à l'albuminurie, permet d'affirmer le diagnostic. »

Reste à chercher la cause, à laquelle on arrive encore assez facilement, en remontant la filière des événements, pour arriver en fin de compte à l'épidémie : on apprend alors que le malade lui a payé un tribut plus ou moins lourd, que depuis il ne s'est pas très bien remis, enfin tout ce que nous avons dit ailleurs

Dans d'autres circonstances, le malade indiquera comme symptôme dominant chez lui une douleur à la région lombaire. Cette douleur est supportable : elle le gêne bien un peu, mais pas au point d'empêcher tout travail. Il vaque à ses occupations ordinaires, et d'ailleurs, il est venu à l'hôpital, tout seul, sans l'aide de personne. On pense à un lumbago, le malade a bonne mine, et déclare ne pas autrement souffrir. On cherche la cause, et on ne la trouve pas ; mais, si peu satisfait de ce diagnostic, on insiste pour avoir une description plus précise du mal, on saura que ce lumbago dure depuis quelque temps déjà ; seulement ces malades avec leur insouciance ordinaire, pour une chose qui ne les gêne que modérément, ont laissé les choses continuer ainsi, pensant que ces douleurs disparaîtraient d'elles-mêmes, et ils ne sont venus consulter que grâce à la persistance de la maladie.

Cette durée insolite doit étonner, et en interrogeant d'une façon serrée, on apprendra bientôt, que quoiqu'ils aient bien marché dans la journée, ces malades se sont sentis plusieurs fois le soir fatigués des jambes ; en se couchant, ils ont eu plus de mal que d'ordinaire à quitter leurs chaussures, et venant à mieux s'examiner, ils ont trouvé leurs pieds légèrement enflés.

Le diagnostic est dès lors amorcé, et en continuant l'interrogatoire dans ce sens, — sans idée préconçue, bien entendu, — le plus souvent il se confirme.

Disons encore, que la douleur lombaire nous a paru plus accusée dans la néphrite grippale, que dans les autres néphrites.

D'aucuns ont l'attention éveillée par des troubles du côté de la miction ou de l'excrétion urinaire. La quantité des urines a notablement diminué, la miction est douloureuse (rare) ou plus fréquente qu'autrefois, en particulier pendant la nuit. Il importe de ne pas prendre ces cas pour des affections de la vessie.

A l'auscultation cardiaque, on peut percevoir un bruit de galop ; mais il est loin d'être constant.

Les divers troubles signalés par les malades, quand on sait les interroger, — sans cependant leur faire dire ce qu'on veut qu'ils disent, — constituent un ensemble de symptômes qu'on ne retrouve dans aucune autre maladie. Les bourdonnements d'oreille, la céphalée frontale, les œdèmes, les engourdissements des doigts, les modifications de la quantité des urines, les douleurs lombaires, les hémorrhagies (épistaxis, purpura, hématurie), les accès de suffocation, entraînent le diagnos-

tic. Mais, il ne faut pas s'attendre à trouver chez tout néphritique, la réunion de tous ces symptômes : quelques-uns peuvent manquer : les œdèmes. La céphalée, les douleurs lombaires, les accès d'oppression et l'albuminurie nous ont paru être des signes à peu près constants.

Quant au diagnostic étiologique, il ne faudrait pas croire, qu'il suffît toujours pour l'établir, de remonter la filière des événements, comme nous l'avons dit tout à l'heure, et de contrôler l'apparition successive des signes du brightisme depuis l'épidémie. Dans un certain nombre de cas, cela suffit, mais dans d'autres — et ils sont nombreux — les regards du médecin doivent s'étendre plus loin. En interrogeant le malade sur les petits signes du brightisme, on apprendra souvent que celui-ci existe à l'état latent, depuis plus ou moins longtemps; il ne se manifestait que par des crampes, des céphalées de temps à autre, une bronchite dont on a méconnu la nature. La santé se maintient cependant, mais à la condition de ne pas prendre de maladie infectieuse, car la néphrite s'allume : le rein déjà malade devient plus malade. On croit assister à une néphrite aiguë, tandis qu'on est tout simplement en présence d'un épisode aigu, dans le cours d'une néphrite ancienne.

PRONOSTIC

La grippe simple, sans complication, évoluant chez un homme bien portant, non affaibli par des maladies antérieures, peut être considérée comme bénigne. Mais, son agent infectieux, soit qu'il rencontre un individu débilité, soit que grâce à l'altération qu'il imprime au terrain, il acquiert de nouvelles forces, détermine des complications diverses, qui font varier le pronostic, suivant les épidémies et suivant les individus.

Jusqu'à la dernière épidémie, les complications thoraciques étaient considérées comme les plus graves, et on serait en droit de s'étonner que la néphrite soit passée inaperçue.

Nous croyons pouvoir donner sur ce fait l'explication suivante : c'est que, d'une part, la grippe épidémique ne se montre qu'à intervalles éloignés et que, d'autre part, la néphrite qu'elle engendre, se développe souvent vers la fin de la convalescence — quelquefois cependant, au cours de la maladie. — Elle peut enfin, être la conséquence d'attaques de grippe assez légères pour que les malades en aient à peine le souvenir.

Le pronostic de la néphrite elle-même, varie suivant la forme et suivant le terrain.

Une néphrite aiguë, qui s'installe et évolue bruyamment, tue son malade en deux mois, quelquefois trois ; tandis qu'une néphrite, qui s'est établie tout doucement, a troublé la santé juste assez pour manifester sa présence, puis elle semble s'arrêter dans sa marche et laisse son malade relativement tranquille.

Le terrain joue aussi son rôle, et il est clair, sans qu'on ait besoin d'y insister, qu'une néphrite évoluant sur un rein déjà malade, comporte un pronostic beaucoup plus sévère, que celle qui s'attaque à un organe jusque-là indemne.

En dernière analyse, on doit considérer la néphrite comme une maladie grave, non seulement pour le moment présent, au point de vue de la vie du malade, mais grave encore pour l'avenir, si l'on considère que le rein devient un *locus minoris resistentiæ* et une porte ouverte aux infections futures. Quoique d'ordinaire les néphrites consécutives aux maladies infectieuses guérissent très souvent, il en est quelques-unes, telles que celles qui suivent la typhoïde et la scarlatine, qui peuvent entraîner la mort (Dieulafoy). On pourrait y ajouter celle qui fait l'objet de ce travail.

TRAITEMENT

D'un mot, on doit résumer le traitement de la néphrite : régime lacté. Quelle que soit l'origine de cette affection des reins, l'indication est la même.

Il y a insuffisance rénale et insuffisance urinaire.

Si, du moins la thérapeutique ne possède pas les moyens de remédier à l'insuffisance rénale, nous voulons dire par là de modifier avantageusement les changements qui se sont opérés dans le tissu du rein, et de ramener ce tissu à la *restitutio ad integrum*, du moins, le plus souvent, peut-elle arrêter à temps cette destruction du parenchyme rénal. Or, le seul moyen que nous possédions, est de faire reposer le rein, de lui donner le moins de travail possible, et le lait réalise à merveille cette condition.

Mais le triomphe de la thérapeutique est dans le combat qu'elle livre à l'insuffisance urinaire.

Le malade n'urine plus ou presque plus ; ou, plus exactement, au lieu de « pisser dans son vase de nuit, il pisse dans son tissu cellulaire », d'où les œdèmes : pour-

quoi ces œdèmes ont-ils tout d'abord des localisations bizarres, telles que les paupières ? Nous n'en savons rien ; ce qu'il nous importe de savoir, c'est que, sitôt l'écoulement de l'urine rétabli, par les voies que lui a assignées la nature, ces œdèmes disparaîtront.

Non seulement le malade pisse dans son tissu cellulaire superficiel, mais encore dans celui des organes profonds, dans son parenchyme pulmonaire, d'où la dyspnée, qui marche parallèlement à l'œdème des tissus ; mais, dira-t-on, la dyspnée est souvent intense ; alors que l'œdème est encore fort peu accusé. D'accord pour l'œdème visible, mais l'œdème invisible, l'œdème profond a aussi son action, et la meilleure preuve qu'il existe, la voici : faites uriner le malade et vous verrez sa respiration redevenir normale alors qu'il aura émis une quantité d'urine beaucoup plus considérable que celle qui serait nécessaire pour occasionner le peu d'œdème signalé aux membres inférieurs. Or, d'où vient-il, ce liquide ? Il faut bien qu'il s'écoule de quelque part, et puisqu'il ne vient pas du tissu cellulaire superficiel (œdème visible), c'est qu'il vient du tissu cellulaire profond (œdème invisible).

Non seulement le malade n'urine plus et étouffe, mais encore il s'empoisonne ; tous les déchets organiques, tous les poisons que l'urine entraîne avec elle, restent dans l'organisme. Aussi, voyons-nous ces substances nocives produire des troubles divers : elles agissent en s'éliminant par l'estomac qui se révolte au contact du carbonate d'ammoniaque, corps irritant au premier chef ; plus tard, le système nerveux lui-même

est attaqué, et nous assistons alors aux convulsions épileptiformes, et, en dernier lieu, au coma urémique, qui précède immédiatement la mort.

Or, le lait, aliment complet, suffit à lui seul à assurer la nutrition : il ne nécessite aucun travail de digestion et laisse ainsi reposer l'estomac irrité ; il est diurétique et fait fonctionner le rein, débarrassant ainsi le tissu cellulaire. Pour toutes ces raisons il est indiqué, et seul indiqué, et doit être la base du traitement de tout néphritique.

Quand nous disons qu'il est seul indiqué, nous entendons au point de vue alimentaire ; son pouvoir diurétique, bien que réel, est cependant insuffisant pour débarrasser rapidement l'économie, et il devient nécessaire de lui adjoindre d'autres médicaments.

De ce côté encore, rien de plus simple. On donne au malade de la lactose ou sucre de lait, à la dose de 40 à 50 grammes par litre de tisane, et un malade doit absorber par jour 1 litre à 1 litre 1/2 de tisane, qu'on aromatise au besoin avec du citron.

La lactose a un pouvoir diurétique très efficace qui vient s'ajouter à l'excès de pression sanguine produite par la grande quantité de liquide ingéré.

Au cas où il se produirait des vomissements, la lactose serait donnée par la voie rectale. Les petits lavements sont mieux tolérés, et partant mieux absorbés ; on peut ainsi administrer, par jour, 4 lavements de 150 à 200 grammes d'eau, contenant chacun 15 grammes de lactose.

A la rigueur, on ordonne à la fois, et les lavements et la tisane.

Les vomissements gênent à la fois l'alimentation et la thérapeutique : il est donc urgent de les faire cesser ; et on y arrive en faisant prendre au malade, avant chaque ingestion de lait, une cuillerée de :

Eau de chaux.....	60 grammes.
Chlorh. de cocaïne.....	1 centigramme.
Chlorh. de morphine.....	1 demi-centigramme.

La dyspnée urémique n'admet qu'une thérapeutique : les révulsifs cutanés sont sans effet ; il faut avoir recours à la saignée de 200 à 400 grammes, qui donne de très bons résultats.

Quant aux révulsifs cutanés, s'ils n'ont pas d'action contre la dyspnée, ils n'en sont pas moins utiles dans d'autres circonstances : nous voulons parler des symptômes pulmonaires. Des ventouses sèches ou scarifiées doivent être appliquées, mais surtout pas de vésicatoires. Quelle erreur funeste ce serait commettre, que de faire absorber à un malade dont le rein fonctionne mal, la cantharidine, qui, à elle seule, peut déterminer une néphrite !

En résumé, régime lacté exclusif (de 1 à 3 litres de lait par jour).

Tisane à la lactose (1 à 2 litres.)

S'opposer aux vomissements et à l'engouement des poumons.

Contre la dyspnée, saignée.

CONCLUSIONS

I. La grippe, comme toute autre maladie infectieuse, peut déterminer et détermine des accidents du côté du rein.

II. Cette néphrite grippale peut s'établir dans le cours même de l'influenza, ou, insidieusement, pendant la convalescence; et alors, les malades, au lieu de marcher franchement vers la guérison, semblent menacés d'une nouvelle maladie. Ils *traînent*, suivant l'expression vulgairement employée.

III. La grippe peut installer la néphrite sur un rein primitivement sain; et alors, ou bien, il en résulte une néphrite bien caractérisée; ou bien la résistance du rein, ayant été suffisante pour empêcher l'explosion d'une néphrite, il n'en résulte rien d'apparent. Mais, il est permis de penser que cependant le rein a été légèrement touché, et s'il survient dans la suite une ou plusieurs autres maladies infectieuses, il sera à craindre que toutes ces infections réunies ne finissent par avoir raison du rein, qui sera dès lors atteint d'une néphrite, non pas subitement, mais petit à petit.

IV. Dans d'autres cas, la grippe profite d'un terrain déjà préparé par le passage d'autres maladies infectieuses antérieures. Dans certains cas, ce qu'on prend pour des néphrites aiguës, ne sont que des poussées aiguës dues à la grippe, et survenant dans le cours d'un mal de Bright latent établi depuis plus ou moins longtemps. Ces accidents sont dus à une intoxication (ptomaines, toxines des bactériidies).

V. Les symptômes sont ceux des néphrites en général; les douleurs lombaires paraissent être plus intenses.

VI. La néphrite peut revêtir la forme hémorrhagique.

VII. Elle peut passer à l'état chronique.

VIII. Sa fréquence ne paraît pas être très grande; peut-être la rencontrera-t-on plus souvent, quand l'attention aura été attirée de ce côté.

IX. Les lésions qu'elle produit dans le rein, sont celles de la néphrite infectieuse, dont le type est la scarlatineuse, glomérulo-néphrite de Klebs.

X. Le pronostic est assez sévère, mais subordonné souvent aux conditions de résistance et de bon état antérieur du malade.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,

DIEULAFOY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEZAIS. — Rapport, Marseille médic., n° 9, p. 621.
BARTH. — Union médicale, 1890, 30 janvier et p. 159.
BOUCHARD. — Revue médicale, 1881, p. 671.
BRUNON. — Rapport sur la marche de l'épidémie de grippe dans la
Seine-Inférieure.
BUDD (V.). — Ugesk for Læger, 1890, 4 R XXI.
DIEULAFOY. — Pathologie interne.
DUPONCHEL. — Société médicale des hôpitaux, 1890, n° 2, p. 44.
FERRAND. — Société médicale des hôpitaux, 1890.
FIESSINGER. — La grippe infectieuse à Oyonnax (Ain). Paris, O.
Doin, 1889.
GORDON DE GENOUILLAC. — Paris à travers les âges.
— Gazette médicale de Paris, 1833 et 1837.
HOLZ. — Société méd. int. Berlin, 8 janvier 1890.
HOEHLING. — Med. news, 1890, p. 43.
HUCHARD. — Société médicale des hôpitaux, 1890, p. 62.
— Journal des Sciences médicales de Lille, 1889, p. 275. —
Id., 1890, p. 160.
LEYDEN. — Soc. méd. intern. Berlin, 6 janvier 1890.
— Wien. med. Blatter, 16 janvier 1890.
— Berliner Klin. Woch., 1890, n° 10.
LOEW. — Ephem. nat. cur., 1729.
LOYSON. — Lyon méd., 1890, p. 383.
— Lyon méd., 1890, p. 172.
MÉNÉTRIER. — Thèse Paris, 1886.
NOTHNAGEL. — Vien. med. Blatt., 1890, n° 2.
OZANAM. — Hist. méd. génér. et particul. des maladies épidémiq.
EST. PASQUIER. — Recherches sur la France.
POTAIN. — Union médicale, 21 décembre 1889, p. 880.
RAIGE-DELORME. — Art. grippe dict. en 30 vol.
RAYER. — Traité des malad. des reins.
E. MANSEL. SYMPSON. — Lancet, 10 mai 1890.
TUEFFERT. — Gazette des hôpitaux, 1890, I. XIII, p. 119.
— Union médicale, 1890, p. 90.
VIGNEROT. — Thèse Paris, 1890.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	5
Historique.....	8
Étiologie et Pathogénie.....	16
Tableau clinique.....	47
Anatomie pathologique.....	64
Diagnostic.....	66
Pronostic.....	71
Traitement.....	73
Conclusion.....	77
Bibliographie.....	79

